Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Billings Lib

The University of Chicago
Libraries

GIFT OF
JULIUS ROSENWALD

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRÝB Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA — HAMBURG
P. TAENZER — BREMEN
J. H. RILLE — LEIPZIG
E. DELBANCO — HAMBURG

SECHZIGSTER BAND

1915

JANUAR BIS JUNI (Nr. 1—26)

MIT 36 ABBILDUNGEN IM TEXT UND TAFEL 1—3

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1915

Digitized by Google

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARIES
RL1 .D41

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig

Digitized by Google

950863

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(* bedeutet „Aus der Praxis".) Seite

Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Syphilis der Nase und des Gaumens, von Richard Frühwald 1
Silbernitrat oder Silbereiweiß? von J. Schumacher 13
Die Wirkung des Höllensteins, von P. G. Unna 20. 46
Über einen Fall von Erythema induratum Bazin, von P. L. Bosellini 41
Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel (Syringadenoma papilliferum), von Adolf Fischer 65
*Über Embarin, von Alfred Róth 69
Monströser Tumor der Genitalgegend, von Grisson und E. Delbanco 89
Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra, von Karl Rühl . . . 113. 151. 176
In bezug auf Sitz, Anzahl und Volumen abnorme subkutane syphilitische Hautgummata, von Artur Fontana 145
Eduard Jacobi †, von Karl Taege 158
Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe, von J. Schumacher 169
Über Atrophia maculosa cutis luetica, von R. Polland 193
Nachtrag 353
Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der Vagina, von Ludw. Nielsen 209
Das Richtersche Kontraluesin und seine praktische Bedeutung, von P. Scharff . . 233
Über das Verhalten des Salvarsans zu Silbereiweißpräparaten und die kombinierte Behandlung mit beiden Medikamenten, von J. Schumacher 257
Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903—1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2740 Krätzekranken, von Karl Wilke . . . 281. 310. 344
*Über Embarin in der Privatpraxis, von K. Thümmel 293
Thigan, ein neues Antigonorrhoikum, von W. Chrzelitzer 305
Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri) als Ersatz der grauen Quecksilbersalbe, Von P. G. Unna 337
Patriotischer Appell an die Herren Kollegen, von Halle 361
Ein Fall von Syringozystadenom, von Gustav Stümpke 362
Sophus Engelsted †, von J. H. Rille 366
Alfred Fournier †, von M. Petrini de Galatz 368
Über Nosokomialgangrän, von F. Trendelenburg 385
Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut, von Louis Merian 409. 433. 454. 479. 493. 517
Über die Empfindlichkeit der Haut für Adrenalin und Pituitrin, von Arnold Josefson 413
Fall von tödlicher Resorzinvergiftung bei äußerlicher Anwendung des Mittels, von C. Boeck 449
Weizenstärke als Hautmittel und ihr Ersatz, von P. G. Unna 473
Über den Einfluß des Lichtes auf das Leukoderma psoriaticum, von A. Buschke . 489
Über Infektiosität des Blutes bei latenter (erworbener) Syphilis mit negativer Wassermannscher Reaktion, von Richard Frühwald 513
Über einen durch Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor bei einem Melker, von Paul Lauener 529. 556
Über extragenitale Ulcus molle-Infektion, von E. Klausner 537
Ein Beitrag zur Kenntnis der präkanzerösen Wucherungen, von Anton Trýb . . . 553
Über im Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen, von Erich Ebstein . . . 569
Zur Frage der Bekämpfung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, von E. v. Düring 575

8077 Digitized by Google

Versammlungen.

Seite

2. Kongreß des Nordischen Dermatologischen Vereines 72
Royal Society of Medicine, Dermatologische Sektion 79
Militärlazarett Tournai 394

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliograficas 81. 216. 371. 502. 522
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 266
Archiv für Dermatologie und Syphilis 264. 418
Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma 215. 501
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 213. 369. 499
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 201. 578
Lepra 419
Proceedings of the Royal Society of Medicine, Dermatological Section 79
The urologic and cutaneous Review 159. 180. 268. 505
Revista Dermatológica de la Sociedad Dermatológica Argentina 219
Revue clinique d'Urologie 82. 372
Dermatologische Zeitschrift 126. 264. 416
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 30. 297. 458
Zeitschrift für Urologie 29. 457
Dermatologisches Zentralblatt 29. 296

Personalien: 40. 64. 88. 112. 144. 168. 192. 208. 232. 256. 280. 304. 336. 360. 384. 408. 432. 448. 472. 512. 528. 552. 568. 592.

Nachweis der Tafeln.

Tafel 1 Richard Frühwald.
„ 2 Adolf Fischer.
„ 3 Grisson und E. Delbanco.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Januar 1915 | Nr. 1 | Band 60

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Zwei Fälle von ungewöhnlich schwerer Syphilis der Nase und des Gaumens.

Von

Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald, Assistent der Klinik.

(Mit 1 farbigen Tafel.)

Nase und harter Gaumen bilden eine Lieblingslokalisation der tertiären Syphilis; die Häufigkeit ihres Befallenseins wird in den Statistiken der verschiedenen Autoren ganz verschieden angegeben und schwankt zwischen 5,2—25 %. Diese Statistiken sind ja nicht direkt miteinander vergleichbar, da ihnen kein gleichmäßiges Material zugrunde liegt, immerhin aber geht aus ihnen hervor, daß Nase und Gaumen sehr oft von tertiärer Syphilis befallen werden und nur von der tertiären Syphilis der Haut an Häufigkeit übertroffen werden.

Die Ursache für die Bevorzugung der genannten Organe ist schwer zu ermitteln. Evans (1) bezeichnet als notwendige Ursache für die Lokalisation von Gummen schlechte Blutversorgung. Andere Momente, die die Gewebe in ihrer Ernährung stören, wie Traumen, starke Inanspruchnahme oder Zirkulationsstörungen wirken prädisponierend.

So plausibel diese Hypothese für die von Evans gewählten Beispiele ist, so stimmt sie für die Nase doch nicht recht. Die Zirkulationsverhältnisse der Nasenschleimhaut sind nach den Arbeiten von Kohlrausch und Voltolini (2) zuerst von E. Zuckerkandl (3) gründlich erforscht worden. Auf Grund seiner mit sorgfältigster Injektionstechnik ausgeführten Untersuchungen kommt er zu dem Resultate, daß die Nasenschleimhaut ein außerordentlich reichlich entwickeltes arterielles und venöses Gefäßnetz hat, daß in beiden zahlreiche Kollateralen vorhanden sind, so daß es in ihnen sehr schwer zu Zirkulationsstörungen kommen kann. Außerdem geht aus den Darlegungen und Abbildungen von Zuckerkandl hervor, daß die obere Muschel und das knorpelige Septum relativ weniger mit Blut versorgt seien. Daher müßten an diesen Stellen, nach Evans Anschauung, tertiär syphilitische Erscheinungen am häufigsten zu finden sein. Nun weiß man aber, daß sie sich gewöhnlich am knöchernen Septum und an der unteren Muschel lokalisieren.

Digitized by Google

Nach der Ansicht von Isidor v. Neumann (4) liegt die Ursache für die Syphilisrezidive und weiterhin für die Lokalisation der tertiären Produkte in den histologisch nachweisbaren Residuen voraufgegangener syphilitischer Effloreszenzen, bestehend in Anhäufung von Rundzellen um die erweiterten Gefäße, an den Ausführungsgängen der Schleimdrüsen, in Vergrößerung der Papillen usw., wie er sie in der Haut und in der Schleimhaut der Tonsillen und Gaumenbogen fand. Diese Residuen sollen durch chemische oder mechanische Irritationen zu erneuter Proliferation angeregt werden. Eine Stütze erfuhr diese Anschauung in neuerer Zeit durch Spirochätenfunde an Stellen abgeheilter syphilitischer Manifestationen. Es ist nun nicht möglich, sicher festzustellen, wieweit diese Hypothese die Häufigkeit der tertiären Nasensyphilis erklären kann; denn über sekundäre Syphilis der Nasenschleimhaut ist nicht sehr viel bekannt, ja manche leugnen sie sogar. Nun ist aber nach den Angaben von Rille (5) an ihrer Existenz wohl nicht zu zweifeln, wenn sie auch seltener zur Beobachtung kommt wie an anderen sichtbaren Schleimhäuten.

So mag die Neumannsche Hypothese immerhin befriedigen, wenn auch klinische oder anatomische Beweise, bezüglich der Nase, für sie nicht vorhanden sind. Sicherlich ist doch die Haut den meisten äußerlichen Schädlichkeiten ausgesetzt, und daher erscheint sie auch in allen Statistiken als Hauptlokalisationsstelle der tertiären Syphilis. Vielleicht geben für die Nasenschleimhaut langdauernde und oft wiederkehrende Katarrhe das provozierende Moment ab. Jede Schleimhaut wird durch häufige Entzündungen in ihrer Struktur verändert und das kann schließlich so weit gehen, daß sie in ihrer Widerstandskraft beeinträchtigt wird. In einigen Fällen von tertiärer Nasensyphilis konnte ich erheben, daß die Betreffenden seinerzeit, noch vor der Infektion, oft an Schnupfen gelitten haben. Allerdings ist die Zahl dieser Fälle zu gering, um Beweiskraft zu haben. In den zahlreichen veröffentlichten Krankengeschichten von Nasensyphilis ist nichts Derartiges erwähnt. Wahrscheinlich wurde aber nicht danach gefragt. Auch Moldenhauer (6) denkt an den Schnupfen als auslösendes Moment, erklärt diese Annahme aber als nicht sichergestellt. Mauriac (7) leugnet diese Ätiologie für die Lokalisation. Sänger (8) hat in einem Falle seiner zweiten Untersuchungsreihe histologisch die Zeichen einer chronischen Rhinitis gefunden und meint, daß dieses Zusammentreffen von chronischer Rhinitis und tertiärer Nasensyphilis nicht selten sei.

In der Nase tritt die tertiäre Lues nach Bernoud (9) in dreierlei Gestalt auf: 1. als Gumma, 2. selten, als lokale Infiltration, 3. als diffuse Infiltration. Wenn sich nun eine dieser Formen auf dem Nasenboden

Digitized by Google

lokalisiert, so tritt, da bei platten Knochen die Affektion gewöhnlich doppelseitig ist, auch auf der gegenüberliegenden Seite, am harten Gaumen, der Prozeß auf. Bleibt dieser sich selbst überlassen, so dringt er von beiden Seiten in die Tiefe; der in seiner Ernährung gestörte Knochen wird nekrotisch, es kommt zur Bildung eines Sequesters, der ausgestoßen wird, so daß schließlich eine Kommunikation zwischen Mund- und Nasenhöhle besteht. Es kann aber auch der Prozeß primär im Knochen beginnen und auf die Schleimhaut übergreifen. Perforationen sind ein sehr häufiges Vorkommnis, da in vielen Fällen die Patienten ihre Beschwerden in Nase und Mund nicht beachten und erst wenn die Perforation eingetreten ist, wenn ihnen Flüssigkeiten durch die Nase zurückkommen und ihnen der näselnde Klang ihrer Stimme auffällt, zum Arzte gehen. In manchen Fällen wird allerdings auch nicht rechtzeitig die Diagnose gestellt.

Die nekrotischen Knochenherde sind gewöhnlich klein. Bernoud (l. c.) gibt ihre Größe im Durchschnitt mit 2—3 cm im längeren und etwas weniger im kürzeren Durchmesser an. Kleinere derart entstandene Defekte können sich oft von selbst verschließen, wenn die richtige Therapie eingeleitet wird, ja sogar ohne dieselbe (Bernouds Obs. I). Die beiden Extreme, fissurartige Perforation und ausgedehnte Knochenzerstörung, sind große Ausnahmen. In der mir zugänglichen Literatur habe ich nur wenige Fälle von hochgradiger syphilitischer Zerstörung des Oberkiefers und der knöchernen Nase gefunden. So bei Koch (10). Der diesbezügliche Passus im Sektionsprotokolle lautet: „Es zeigt sich, daß der ganze rechte Oberkiefer, wie ein großer Teil des harten Gaumens und fast der ganze weiche Gaumen fehlt. Der Defekt reicht hinauf bis zur Orbita und umgreift einen Teil des rechten Nasenbeins.“ Es muß allerdings bemerkt werden, daß der angeführte Defekt wohl etwas größer war als der nekrotische Herd, da eine operative Entfernung des letzteren vorgenommen war.

Ebenfalls ausgedehnte Knochennekrose, wenn auch nicht so hochgradig, bietet der Fall von Combe (11), bei dem infolge tertiärer Lues zerstört waren: 1. die Vorderteile der Oberkiefer zwischen den Eckzähnen, 2. der vordere Teil des Gaumenbeins in der Breite von 2,5 cm, 3. ein Teil des Vomer und des knöchernen Nasengerüstes. Mauriac (l. c.) erwähnt den Kranken von Delpech, bei dem Mund, Pharynx und Nasenhöhle in eine Höhle verwandelt waren. Glück (12) berichtet über einen 60jährigen Bauer, bei dem der größte Teil des harten Gaumens fehlte. Goldenstein (13) teilt einen Fall mit, bei dem das ganze Nasengerüst, der harte Gaumen, das Gaumensegel, der Arcus dentalis des Oberkiefers und die Gebilde des Pharynx destruiert waren. Bei Lang (14)

Digitized by Google

ist ein Fall abgebildet, bei dem der größte Teil des harten Gaumens fehlt, so daß man die Lamina perpendicularis des Siebbeins vom Munde aus sieht. Doch ist dieser Fall nicht näher beschrieben.

Es erscheint mit daher gerechtfertigt, im folgenden die Geschichte zweier Kranken aus der hiesigen Klinik, bei denen es zu exzessiver Nekrose des harten Gaumens und der knöchernen Nase gekommen war und die überdies zur Sektion gelangten, hier mitzuteilen.

Fall I.

Bernhard B., 38 J., Tischler, kam am 17. X. 1904 zum ersten Male in die Klinik. Er gab an, daß er sich im Juni am linken Zeigefinger verletzt habe und längere Zeit lokal behandelt worden sei. Im Juli trat ein Ausschlag auf, der mit Einreibungen von grauer Salbe und mit Jodkali behandelt wurde. Patient hatte bei der Aufnahme am behaarten Kopfe, an den Schultern und den Unterextremitäten bis talergroße, ziemlich tiefe, runde Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern, teilweise mit grüngelben Krusten bedekt. Außerdem bestanden Papeln an der Unterlippe und am Genitale. Auf der Grundphalanx des linken Zeigefingers eine blaurote Narbe. Diagnose: Lues II.

Da am Genitale kein Sklerosenrest zu sehen war, wird wohl die Affektion am Finger der Primäraffekt gewesen sein. Patient bekam Sublimatbäder und acht Einspritzungen mit Sozojodolquecksilber. Binnen vier Wochen waren alle Geschwüre verheilt und Patient wurde am 12. XI. 1904 entlassen. Am 6. II. 1905 kam er abermals, da er seit einer Woche starke Halsschmerzen hatte. Die Untersuchung zeigte die linke Hälfte des Gaumensegels stark gerötet und geschwollen. Auf der hinteren Rachenwand befand sich ein tiefes, stark eitriges Geschwür, welches sich auf den linken hinteren Gaumenbogen erstreckte und diesen zum Teil zerstört hatte. Nach Jodkalidarreichung und neun Sozojodol-Hg-Spritzen wurde Patient am 4. III. 1905 gebessert in poliklinische Behandlung überwiesen. Er nahm weiter Jodkali. Da sich aber seine Beschwerden nicht besserten und auch Gefühl von Trockenheit in der Nase auftrat, suchte er am 8. V. 1905 abermals die Klinik auf. Es wurden der frühere, aber verkleinerte Substanzverlust im Rachen und gelblichrote Krusten am Naseneingang konstatiert. Am 11. V. wurde er in die Ohren- und Halsklinik verlegt. Nach seiner Entlassung bestanden die Hals- und Nasenbeschwerden fort. Er wurde weiter mit Jodkali und Mundspülungen behandelt. Im November 1906 soll beim Husten ein Knochenstück herausgekommen sein, ebenso im März 1907. Am 17. II. 1908 trat Patient abermals in die Klinik ein. Damals fand sich der ganze weiche Gaumen gerötet und infiltriert, die Uvula kaum beweglich. In der Medianlinie eine für eine feine Sonde durchgängige Perforation. Die rhinoskopische Untersuchung war negativ. Therapie: Inhalation von Jodkali, Jodnatrium $3 \times 0{,}5$. Nachdem die subjektiven Beschwerden nachgelassen hatten, ohne daß objektiv eine Veränderung eingetreten war, verließ Patient am 29. II. die Klinik. Er wurde draußen wie früher weiterbehandelt. Da sich aber sein Zustand stets verschlimmerte und auch Schwerhörigkeit hinzugetreten war, kam er am 17. XI. wieder in die Klinik. Abgesehen von einigen unwichtigen Nebenbefunden wurde bei ihm folgender Status der Mundhöhle aufgenommen: Nach Entfernung von fötiden, borkigen Auflagerungen zeigt sich, daß Uvula, Tonsillen und die vorderen Gaumenbogen fehlen. In der Ebene der fehlenden Uvula zieht ein spitzbogiger Defekt nach der Mitte des weichen Gaumens, der starr infiltriert und gerötet ist. Die Ränder des Defekts sind steil, mit fötidem, schwer entfernbarem Belage versehen. Nach rechts hin führt ein schmaler, für eine Sonde kaum durchgängiger Spalt in eine dreieckige, kaum pfennig-

Digitized by Google

große, ähnliche Perforationsöffnung. Eine dritte, überdattelkerngroße Perforation führt, an diese anschließend, rechts, nahe dem harten Gaumen beginnend in diesen hinein und endet nach vorn zu in zwei rinnenförmige, schmale Schleimhautdefekte. Durch diese stößt die Sonde auf rauhen Knochen. An der übrigen Schleimhaut befinden sich disseminiert stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, seichte, scharf umschriebene, teils rundliche, teils unregelmäßig begrenzte, mit gelbweißem, festhaftendem Belage versehene Substanzverluste. Die hintere Rachenwand ist ebenfalls mit einem festhaftenden, graugrünen, fötiden Belage versehen. Starker Foetor ex ore. Im Naseninnern keine Zerfallserscheinungen.

Therapie: Inhalation von Jodkali, Lapisierung. Zunächst blieb der Prozeß stationär. Bald jedoch sah man, daß die kleinen peripheren Herde sich vertieften, vergrößerten, konfluierten und schließlich größere, von wulstigen Rändern umgebene Perforationsstellen bildeten. Es wurde nun eine Schmierkur eingeleitet. Doch vergrößerten sich die Ulzerationen stetig. Anfangs Dezember stießen sich nekrotische Knochenmassen ab und durch Konfluenz der einzelnen Herde entstand ein bis an die Schneidezähne reichender, spaltförmiger Defekt im harten Gaumen, der von stark infiltrierten Rändern begrenzt war. In den folgenden Tagen gingen stets kleine Knochenstücke ab und der Defekt verbreiterte sich ständig. Auch die Defekte am weichen Gaumen vergrößerten sich, so daß dieser schließlich aus drei nekrotischen Wülsten bestand, die nur durch eine schmale Brücke mit der Schleimhaut zusammenhingen und ebenfalls bald abgestoßen wurden. Da die Schmierkur keine Besserung erzielte, wurde sie nach 15 Einreibungen ausgesetzt. Es wurden lokale Jodoformeinblasungen zweimal täglich gemacht. Am 17. XII. trat eine mäßig druckschmerzhafte Schwellung der rechten Wange auf. Auch die lokale Therapie zeigte keinen Erfolg, und am 25. XII. reichte die Perforation nach vorn bis an die Schneidezähne, seitlich bis an die Backenzähne, die sehr locker waren. Es wurden nun die Ulzerationen mit H_2O_2 gepinselt und Mundspülungen mit Kal. hypermang. gemacht. Außerdem wurden, da Patient sehr herabgekommen war, dreimal täglich asiatische Pillen gegeben. 1. I. 1909. Die oberen Schneidezähne sind ausgefallen, der linke Eckzahn und die Prämolaren stark beweglich. Um diese Zeit trat auch Temperatursteigerung auf, die sich stets um 38° hielt. 8. I. Aus dem vorderen Teile des Gaumendaches wird leicht ein etwa wallnußgroßer Sequester entfernt. Es besteht nun ein fast den ganzen harten Gaumen einnehmender Defekt. Vorn war nur mehr eine schmale Knochenspange vorhanden. Die so entstandene Höhle war fast gänzlich der Schleimhaut beraubt und es lag der nekrotische Knochen bloß, der mit äußerst fötiden, jauchigen Massen belegt war. Die Höhle wurde mit Jodoformgaze tamponiert. In den folgenden Tagen wurde nur wenig Knochen abgestoßen, der Fötor ließ etwas nach. Bald jedoch trat er wieder auf, die vorhandene Schleimhaut wurde stärker gerötet, infiltriert und zerfiel. Am 27. I. wurde auch die oben erwähnte Knochenspange abgestoßen. Es fielen nun noch die übriggebliebenen Zähne aus, doch ging kein Knochen weiter ab. So blieb der lokale Befund der gleiche, während das Allgemeinbefinden, das bis dahin außer Schwäche gut war, sich zusehends verschlechterte. Die Temperaturen wurden subnormal und am 7. II. trat der Exitus ein.

Die bezüglichen Stellen des Sektionsprotokolles (Prof. Versé) lauten: Es fehlt der mittlere Teil des Oberkiefers und der größte Teil des Gaumens, so daß Nase und Mundhöhle breit kommunizieren. Die ganzen Schleimhäute sind hier zerfallen und die Oberfläche mit schmierigen Massen bedeckt. Die Halsorgane werden im Zusammenhange mit der Schädelbasis herausgenommen. Es zeigt sich dabei, daß auch der größte Teil der Nasenmuscheln und des Vomer zerstört ist. In den Oberkieferhöhlen findet sich eine jauchige Schmiere. Sie sind breit nach der Zerfallshöhle, die Mund- und Nasen-

Digitized by Google

höhle umfaßt, eröffnet. An der Zungenbasis ist die Oberfläche ebenfalls zum Teil zerfallen; es finden sich hier lange, zottenartige Wucherungen der Papillen, so daß die Zunge pelzartig aussieht. Außer einer Induration der Lymphdrüsen, in die einzelne käsige Herde eingesprengt waren, ergab sich sonst nichts Besonderes.

Epikrise: Ein 38jähriger Mann akquirierte eine extragenitale Syphilis, die frühzeitig malignen Charakter annahm. Er hatte nur zweimal disseminierte Eruptionen auf der Haut, von denen nur die zweite in der Klinik beobachtet wurde; bemerkenswert ist, daß es sich damals um ein ulzeröses Syphilid handelte, da nach Bernoud ulzeröse Prozesse im Frühstadium eher das Auftreten tertiärer Nasenerscheinungen befürchten lassen. Etwa acht Monate nach der Infektion begann die Krankheit sich in der Mundhöhle zu lokalisieren, hat diese seither nicht mehr freigelassen und sich auch noch auf die Nasenhöhle ausgedehnt. Es fanden sich zuerst große und tiefe Geschwüre auf den Weichteilen, die durch spezifische Therapie nur wenig beeinflußt wurden; trotzdem der Kranke fast dauernd Quecksilber und Jodkali bekam und auch lokal behandelt wurde, verkleinerten sich die Geschwüre nur zeitweise ein wenig, zeigten aber im übrigen stets progressive Tendenz. Ein Jahr später scheint bereits der Knochen befallen gewesen zu sein, da nach der Angabe des Patienten ein Sequester abgegangen sein soll; ebenso im folgenden Jahre. Als er drei Jahre nach dem letzten Spitalsaufenthalte, im vierten Jahre der Erkrankung, die Klinik wieder aufsuchte, fand sich auch bereits eine, wenn auch kleine, Perforation. Der Prozeß schritt trotz aller allgemeinen und lokalen Behandlung unaufhaltsam fort und zerstörte allmählich fast den ganzen Gaumen, so daß schließlich Mund- und Nasenhöhle eine große, mit jauchigen Massen erfüllte Höhle bildeten. Auch der größte Teil der Nasenmuscheln und des Vomer waren durch den Prozeß zerstört worden. Das Allgemeinbefinden, bislang relativ gut, verschlechterte sich schließlich und unter zunehmender Schwäche kam der Kranke etwa $4^1/_2$ Jahre nach der Infektion zum Tode.

Ebenfalls hochgradige Erscheinungen zeigte der zweite Fall, den ich während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes in der Klinik beobachten konnte, während ich den vorherigen nur die letzten drei Wochen sah.

Fall II.

Am 16. III. 1909 wurde uns der 26jährige Zimmermann Paul T. von der hiesigen Poliklinik für Nasen- und Ohrenleiden zugeschickt. Er gab an, als Kind Masern, vor vier Jahren Gonorrhöe und vor zwei Jahren Rippenfellentzündung gehabt zu haben. Sonst will er stets gesund gewesen sein. Im Herbst vorigen Jahres bemerkte er, daß er durch die Nase keine Luft bekomme und begab sich in die Poliklinik für Nasen- und Ohrenleiden in Berlin zur Behandlung, wo er „ausgekratzt" wurde. Sein Zustand besserte sich, doch blieb eine Anschwellung der linken Wange zurück. Einige Zeit darauf trat eine Schwellung des linken Auges auf. Ein Abszeß am inneren Augenwinkel

Digitized by Google

wurde inzidiert, worauf Heilung eintrat. Ende Oktober wachte er eines Nachts auf und hatte ein Stückchen Knochen im Munde. Woher dieses stammte, wußte er nicht anzugeben. Im November entstand eine Geschwulst am Oberkiefer, die von selbst aufbrach, wobei sich Eiter und nekrotische Massen entleerten. Hierauf bemerkte er ein Loch im Oberkiefer. Im folgenden Monate mußte er sich die oberen Schneide- und die linken Mahlzähne ziehen lassen, da sie locker waren. Er behandelte sich mit Ausspülungen, doch wurde das Loch im Oberkiefer allmählich größer.

Status praesens: Klein, grazil gebaut, Muskulatur und Fettpolster gut entwickelt. Urin frei von pathologischen Bestandteilen, innere Organe, Genitale ohne Befund. Inguinaldrüsen beiderseits erbsen- bis dattelkerngroß, derb, indolent, verschieblich. Kubital- und Zervikaldrüsen nicht tastbar.

Haut: Am linken inneren Augenwinkel befindet sich eine etwa talergroße Rötung und mäßig derbe Infiltration. Dieser sitzt eine überbohnengroße, gelblich verfärbte, fluktuierende Geschwulst auf.

Mundhöhle: Aus dem Alveolarteile der Oberkiefer fehlt vorn in der Mitte ein ca. 4 cm langes, $^1/_2$ cm breites Stück. Durch diesen Defekt kommt man in die Nasenhöhle. Der harte Gaumen ist in der Mitte in der Größe einer Kinderhand, sowie am linken Alveolarfortsatze in der Größe einer Wallnuß von Schleimhaut entblößt, rauh, nekrotisch, grüngelb verfärbt. Die Lippenschleimhaut gegenüber dem oben erwähnten Oberkieferdefekt ulzeriert, mit grüngelben Massen belegt. Es fehlen die oberen Schneidezähne, der linke Eckzahn, die Prämolaren und der erste Molar. Starker Foetor ex ore. Rhinoskopischer Befund (laryngologische Poliklinik): Nekrose des linken Siebbeins, der Nasenscheidewand und des Nasenbodens.

Diagnose: Lues III. Nekrose des harten Gaumens und der knöchernen Nase. Über die Diagnose konnte trotz des Fehlens von Primär- und Sekundärerscheinungen kein Zweifel herrschen. Die Schleimhaut hätte eventuell durch Tuberkulose zerstört sein können, so daß der Knochen bloßgelegt wurde, doch müßten dann in der Umgebung Primärknötchen zu finden gewesen sein. Gegen Aktinomykose sprach das Fehlen der charakteristischen Körnchen im Eiter und der negative Kulturversuch. Gegen Leukämie, bei der, wie Wechselmann und Marcuse (15) beschrieben haben, auch Nekrose des harten Gaumens eintreten kann, sprach das Fehlen jeden Anhaltspunktes, wie dies auch der spätere Verlauf bestätigte. Trauma war keines vorausgegangen, und so konnte eine derart hochgradige Nekrose des harten Gaumens und der Nase nur auf Lues bezogen werden. Sagt ja auch schon Weber (16), daß ausgedehnte Karies des Oberkiefers mit fortschreitender Zerstörung fast nur der Lues eigen ist. Die von Dr. Gappisch angestellte Wassermannsche Reaktion war positiv.

Bezüglich der Art der Lues konnte man an Lues hereditaria tarda denken. Es sind ja mehrfach Fälle beschrieben, wo erst im dritten Dezennium, ja sogar später, Späterscheinungen einer ererbten Syphilis auftraten. Nach Zeissl und Wolff (17) ist deren Lieblingssitz der Nasen- und Rachenraum. Doch ergab eine gelegentliche, vorsichtige Ausforschung der Eltern keinen diesbezüglichen Anhaltspunkt. Die Annahme einer extragenitalen Sklerose auf einer der jetzt zerstörten Schleimhäute wäre gezwungen. Am wahrscheinlichsten ist es, daß es sich um eine „Syphilis ignorée" handelte. Weiß man doch, daß diese gar nicht selten ist. Fournier gibt im 1. Band seines „Traité de la Syphilis" die Zahl mit 3,1% für Männer und 17,9% für Frauen an, im 2. Bande sogar mit 11 bzw. 30%. Fick (18) mit 27,3 bzw. 78,3% und andere ähnlich. Auch Mounier (19) kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, daß man tertiär luetische Erscheinungen in der Nase finden kann, ohne den Infektionsherd zu

Digitized by Google

entdecken. So kann man wohl auch hier annehmen, daß Patient die Primär- und Sekundärerscheinungen übersehen hat.

Therapie: Jodkali, Spülungen mit Kal. hypermang. 19. III. Der Zustand ist im gleichen geblieben, nur ist der nekrotische Knochen mehr schwarz geworden. Der anstoßende Schleimhautsaum eitrig belegt. 23. III. Die Geschwulst am Augenwinkel ist aufgebrochen. Es zeigt sich ein mit Eiter belegter Substanzverlust. Im Verlaufe der folgenden Tage wurde das Geschwür tiefer, und am 25. III. stießen sich eitrig-nekrotische Massen ab. Es resultierte ein etwa markstückgroßes, von einem eitrigen Saume umgebenes Loch, durch das man in eine von nekrotischen, des Periosts beraubten Knochen begrenzte Höhle kommt, die mit schmierigen Massen teilweise belegt ist. Nach unten gelangt man in die linke Nasenhöhle. In den folgenden Tagen gab Patient an, daß öfters kleine Bröckel vom Knochen abgingen. Es zeigt sich, daß der Defekt an der Vorderseite des Oberkiefers etwas größer geworden ist. 30. III. Der geschwürige Saum um den Defekt am Auge ist etwas größer. Die Nasenwurzel ist breit geschwollen. Da die Therapie keine Änderung herbeiführte wurde Zittmanns Dekokt versucht. Doch dieses brachte auch keine Besserung; der nekrotische Knochen blieb fest und unbeweglich. Man mußte daher an eine eventuelle operative Lösung des Sequesters denken und ich besprach die Chancen einer solchen Operation mit Herrn Dr. Trautmann, Assistent der laryngologischen Klinik. Mit Rücksicht auf die unsicheren Aussichten und die große Ausdehnung der Nekrose wurde aber der Gedanke an eine Operation aufgegeben. Um so mehr als die folgenden Ereignisse auftraten. Am 17. IV. hatte Patient mehrere kleine Blutungen aus der Nase, die jedoch bald standen. Dann bekam er eine starke Blutung. In ununterbrochenem Strahle kam dunkelrotes Blut aus dem linken Nasenloche. Durch energische Tamponade mit Jodoformgaze und Berieselung mit H_2O_2 wurde die Blutung gestillt. Ein plötzliches Kleinerwerden des Pulses wurde durch eine Kampferinjektion behoben. Einlauf von physiolgischer Kochsalzlösung. Am nächsten Tag trat Fieber (39°) auf. Da dieses auf Resorption von Eiter infolge behinderten Abflusses bezogen wurde, wurde der Tampon vorsichtig entfernt. Doch blieb das Fieber bestehen. 20. IV. Abends neuerliche vehemente Blutung. Bevor tamponiert werden konnte, kollabierte Patient. Auf energisches Kampfern erholte er sich bald; die Blutung stand. Subkutane Kochsalzinfusion. In den folgenden Tagen besserte sich das Befinden des Patienten allmählich, doch blieb das Fieber mit Morgentemperaturen bis 38,9% und Abendtemperaturen bis 39,9% bestehen. Die Verimpfung eines Blutstropfens auf Agar ergab negatives Resultat. Wiederholte Untersuchungen von Lunge, Milz und Urin negativ. Die Ulzeration an der Gaumenschleimhaut griff weiter. Am 26. IV. bekam Patient starken Husten und er entleerte reichlich eitrige Massen. Die Besichtigung der Mundhöhle ergab eine etwa erbsengroße Perforation am hinteren Ende des Sequesters, die in den Nasenrachenraum führte. Gleichzeitig bestand starkes Ödem der Uvula, welche bis auf das Dreifache ihres Volumens vergrößert war. Das Ödem verschwand jedoch in einigen Tagen. In der Folgezeit vergrößerte sich das Loch am inneren Augenwinkel ständig und erreichte die Größe einer Wallnuß. Der geschwürige, eitrig belegte Saum griff ebenfalls weiter. Ebenso ging am Gaumen der Ulzerationsprozeß fort, doch blieb der Sequester fest. Die Perforationsstelle vergrößerte sich bis zur Größe ein Zweipfennigstückes. Damals klagte Patient über Schwerhörigkeit. Die otologische Untersuchung (Dr. Trautmann) ergab Einziehung und Unbeweglichkeit des linken Trommelfells. Mitte Mai zeigte sich eine Rötung und Infiltration am linken Nasenflügel. Sie verfärbte sich bald schwarz und wurde nekrotisch. Da trotz dieser lokalen Verschlimmerung das Allgemeinbefinden des Patienten sich bedeutend gebessert hatte, wurde die Therapie, die wegen der Blutungen sistiert worden war, wieder auf-

Digitized by Google

Figur 1.

Figur 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

genommen. Sie bestand in Spülung mit H_2O_2, Jodoformgazetamponade, innerlich Jodkali und Solutio Fowleri. Durch Antipyrin gelang es, das Fieber einige Zeit zu drücken. Der Prozeß schritt fort. Der Zerfallsherd am Auge vergrößerte sich, ergriff die Lider und durchtrennte die innere Kommissur. Das nekrotische Stück am Nasenflügel war ebenfalls größer geworden und hatte sich abgestoßen, so daß ein dreieckiger Substanzverlust resultierte. In der Zeit vom 5.—8. Juni traten wieder zahlreiche heftige Blutungen aus der Nase auf, wobei Patient regelmäßig kollabierte. Doch erholte er sich stets auf Kampferinjektionen. Außerdem bekam er Kochsalzinfusionen und eine Gelatineinjektion. Unterdessen hatten sich die Zerfallsherde vergrößert. Der ältere reichte fast bis unter die Mitte des Auges, der andere hatte sowohl nach unten auf die Oberlippe als auch nach oben weitergegriffen, so daß ihn nur noch eine 1 cm breite Brücke von ersterem trennte. Im Munde hatte die Nekrose fast den ganzen harten Gaumen ergriffen. 11. VI. Patient klagt über starken Husten. Über dem rechten Oberlappen hinten eine kleine Dämpfung. Brustwickel. 12. VI. Es zeigt sich an der linken Wange, etwa 2 cm vom Mundwinkel entfernt, eine schmutzigbraune, pfenniggroße Verfärbung, ähnlich der am Nasenflügel. Am folgenden Tage stieß sich das nekrotische Stück ab, das Loch in der Wange vergrößerte sich rasch, ebenso wie die zwei anderen. Um diese Zeit fiel der zweite linke obere Molarzahn aus. Das Fieber blieb konstant, der Kräftezustand des Patienten sank rasch. Auch die Perforationen vergrößerten sich, so daß Patient in den letzten Junitagen folgendes Bild bot: das Loch am Auge maß 5 cm im langen und 2 cm im kurzen Durchmesser. Von ihm durch eine 2 mm breite Brücke getrennt, dehnte sich der Substanzverlust am Nasenflügel in einer Größe von 3 : 2 cm aus. Die linke Hälfte der Oberlippe war etwas nach oben verzogen. Das zuletzt entstandene Loch war annähernd kreisrund und hatte einen Durchmesser von 4 cm. Durch diese Öffnungen sah man in großer Ausdehnung den schwarzen nekrotischen Oberkiefer, den teilweise rarefizierten Processus alveolaris, den Processus frontalis und einen Teil des Nasenbeins. Diese Knochen waren zum Teil mit mißfarbigen, stinkenden, jauchigen Massen belegt. Mit der Sonde kam man von der oberen Öffnung nach hinten in die Orbita, nach unten in die linke Nasenhöhle. Von der zweiten aus durch eine Perforation im knorpeligen Septum in die rechte Nasenhöhle, nach unten in die Mundhöhle, nach hinten oben in die mit nekrotischen Massen erfüllte Oberkieferhöhle. Von der dritten Perforation gelangte man in die beiden anderen. Der Zustand des Patienten war ein kläglicher: Speichel und Speisen kamen durch die Defekte in der Wange wieder heraus, so daß er nichts mehr genießen konnte und Nährklysmen bekommen mußte. Der Kranke verfiel rapid, er wurde somnolent, es traten heftige Durchfälle auf, und am 1. VII. trat der Exitus ein.

Vom Sektionsprotokolle (Prof. Versé) gebe ich nur die wichtigsten Stellen wieder. Es enthält zuerst eine Beschreibung der Veränderungen im Gesicht, die sich im wesentlichen mit dem in vivo aufgenommenen Befunde deckt. Die Knochennekrose erstreckte sich zunächst auf den ganzen linken Oberkiefer. Das Corpus maxillae mit seiner lateralen, vorderen und medialen Wand, die Processus alveolaris, palatinus, zygomaticus und frontalis waren des Periosts beraubt und schwarz. Ferner waren nekrotisch das linke Nasenbein, Tränenbein, der vordere Teil der Lamina papyracea des Siebbeins, die Pars horizontalis des Gaumenbeins, die knöcherne Nasenscheidewand und die linken Muscheln. Rechts waren von der Nekrose ergriffen der Processus palatinus des Oberkiefers sowie der anstoßende Teil des Gaumenbeins, der Processus alveolaris bis zu den Prämolaren und ein Teil der Begrenzung der Apertura pyriformis. Abgestoßen war der vordere Teil der Processus alveolares im Bereiche der Schneidezähne und das erwähnte zweipfenniggroße Loch an der hinteren Begrenzung des harten Gaumens. Ein weiterer wichtiger Befund wurde am Genitale erhoben: „Der rechte Hoden ist fest verwachsen

Digitized by Google

mit den Scheidehäuten. Auf dem Durchschnitte in den mittleren Teilen durchsetzt von breiten, weißlichen, fibrösen Streifen, zwischen denen nur wenig Parenchym noch erhalten ist." Ferner: „Zungengrund nicht abgeglättet. Die Krypten der Tonsillen weit, enthalten etwas eitrige Massen. Vor dem Foramen coecum die Papillae filiformes stark verlängert. Sie bilden einen zottigen, haarähnlichen Besatz, der durch eine schwärzliche, schmierige Masse zusammengehalten wird." Außerdem ergab die Sektion fibröse Umwandlung der zentralen Teile der Inguinaldrüsen', leichtes Gehirnödem, konfluierende Lobulärpneumonie im unteren Teile des rechten Oberlappens und oberflächliche nekrotisierende Entzündung im Jejunum und Ileum.

Epikrise: Es handelt sich um einen 26jährigen Mann, der hochgradige, tertiär syphilitische Erscheinungen zeigte, ohne primäre oder sekundäre Zeichen bemerkt zu haben. Dieses Übersehen und die infolgedessen mangelnde Behandlung mögen wohl zur Schwere des Tertiärstadiums beigetragen haben, da ja Unterlassung der spezifischen Behandlung allgemein als wichtige Ursache der tertiären Lues angesehen wird. Bezüglich des Beginnes des Tertiärstadiums mußte ich gleich an die anamnestisch erhobene Nasenaffektion im Jahre vorher denken. Ich wandte mich daher an die Berliner Ohrenklinik mit der Bitte um Mitteilung über diesen Fall. Ich erhielt in liebenswürdiger Weise die Auskunft, daß ein Empyem der Kieferhöhle mit Auftreibung und Granulationsbildung konstatiert worden war. Die Behandlung bestand in Durchspülung und Darreichung von Jodkali, ohne daß aber die Annahme von Lues gemacht wurde. Nach diesem Berichte erscheint es mir außer Zweifel, daß die Affektion mit einer luetischen Kieferhöhlenerkrankung begonnen hat. Der Bericht entspricht ganz der Beschreibung, die Jambon (20) von der Sinusitis luetica gegeben hat: Schwellung der Schleimhaut, fungöse Massen, Auftreibung des Knochens, Eiterung. Diese Annahme erscheint mir deshalb wichtig, weil die luetischen Affektionen der Nebenhöhlen, obwohl ihre pathologische Anatomie von verschiedenen Seiten, besonders aber von Zuckerkandl, der in 80% von Nasenlues die Nebenhöhlen, besonders häufig die Oberkieferhöhle erkrankt fand, beschrieben ist, von manchen Autoren übergangen wird. Andere leugnen bloß die primäre Sinusitis. Nach zahlreichen beschriebenen Fällen (Jambon, Ardenne [21], Ahrens [22] usw.) und diesem scheint eine solche aber doch unzweifelhaft zu bestehen, wie auch Lermoyez (23) dies sagt. Jambon fand unter 16 Fällen von Nebenhöhlensyphilis 12mal die Kieferhöhle befallen.

Von der Kieferhöhle hat sich der Prozeß offenbar auf die Schleimhaut der Nasenhöhle und des Tränenganges fortgesetzt und führte zu einer Dacryocystitis luetica, eine Affektion, die ja nicht selten ist. In der Folgezeit, in der sich Patient keiner regelmäßigen ärztlichen Behandlung unterzog, ging der Prozeß auf den Oberkiefer über. Es bildete

Digitized by Google

sich, offenbar im Anschlusse an ein Gumma des Nasenbodens, ein solches des Gaumendaches, das schließlich perforierte und zu einer Kommunikation zwischen Mund und Nase führte. Erst nachdem sich dieses Loch allmählich vergrößert hatte, begab er sich in Spitalbehandlung. Hier ging trotz spezifischer Behandlung die Nekrose weiter. Es zeigte sich auch die charakteristische Anschwellung der Nasenwurzel. Dann kam es zu starken spontanen Blutungen, die nach Bernoud ziemlich selten sind. Nachdem sich mehrere kleinere Stücke aus dem Alveolarteile und ein größeres aus dem hinteren Gaumendache abgestoßen hatten, wurde das Bild nicht mehr von der Knochenerkrankung, sondern von der Zerstörung der Weichteile beherrscht. Der Prozeß griff vom Knochen auf die darüberliegenden Weichteile über, es kam zur gummösen Infiltration, zum Zerfalle und zur Bildung von drei großen Löchern in der Wange. Unter zunehmender Kachexie kam Patient zum Exitus.

Die Sektion bestätigte im allgemeinen den intra vitam erhobenen Befund, zeigte aber die Knochennekrose in größerem Umfange, als man früher sehen konnte. Außerdem wurde eine fibröse Orchitis gefunden, die keine klinischen Erscheinungen gemacht hatte. Dieser Befund ist deshalb wichtig, weil von vielen Autoren diese Erkrankung als pathognomonisch für Lues angesehen wird. Die Lobulärpneumonie und die Enteritis können leicht auf Aspiration bzw. Verschlucken des jauchigen Sekretes bezogen werden. Bemerkenswert ist, daß die von Prof. Loehlein angestellte Wassermannsche Reaktion negativ ausfiel, während sie intra vitam positiv gewesen war.

Wir haben nun zwei Fälle der von allen Autoren als äußerst selten bezeichneten hochgradigen Zerstörung des harten Gaumens und der knöchernen Nase vor uns. Bei dem einen Falle kam es zur Abstoßung des zerstörten Knochens, beim anderen löste sich nur ein kleiner Teil des Sequesters, der übrige blieb fest. Gemeinsam ist beiden das Refraktärsein gegen die spezifische Therapie. Diese hat allerdings in der Darreichung von Quecksilber und Jod bestanden. In der Jetztzeit wäre eine energische Salvarsanbehandlung angezeigt. Doch ist es fraglich, ob bei derartig hochgradiger Knochennekrose Salvarsan noch etwas ausrichten könnte; ich (24) habe seinerzeit in der Leipziger medizinischen Gesellschaft einen Mann mit ausgedehnter Nekrose des Stirnbeins vorgestellt, bei dem Salvarsan keinerlei Änderung des Krankheitsbildes, keine Lockerung des Sequesters bewirkte. Zu versuchen wäre ein chirurgischer Eingriff. Wenn auch z. B. wegen Phosphornekrose beiderseitige Oberkieferresektionen vorgenommen werden und auch in allen Lehrbüchern die Entfernung der Sequester gefordert wird, habe ich dennoch nirgends eine Äußerung betreffs der Operation bei derartig hochgradigen Fällen

Digitized by Google

gefunden. Der einzige derartige Fall, der operativ angegangen wurde, ist der von Koch. Doch ging trotzdem die Nekrose weiter, und Patient starb 10 Wochen nach der Operation. Deshalb ist es nicht leicht, die Indikation zur Operation zu stellen. Bei beiden Patienten war die Oberkieferhöhle ergriffen, doch beim ersten sekundär, beim zweiten primär. Beide Male kam es zur Bildung eines eitrig-jauchigen Sekretes, doch wurde in keinem Falle, ebenso wie bei Koch, bei der Sektion ein Zeichen von Sepsis gefunden, obwohl das hohe Fieber daran denken lassen mußte. Natürlich kommt es bei dem Freiliegen der betroffenen Teile zu einer Sekundärinfektion und ich habe auch im zweiten Falle aus dem Sekrete Staphylococcus pyogenes aureus gezüchtet, doch muß aber mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, das der Grundprozeß der Zerstörung einzig auf die Lues bezogen werden muß. Beim zweiten Falle kam es zu hochgradiger Zerstörung der Wange; deshalb dachte Herr Geh.-Rat Prof. Marchand an eine nomaartige Erkrankung, doch ergaben die im pathologischen Institute angefertigten Präparate ein negatives Resultat. Bemerkenswert sind bei beiden Fällen die Veränderungen an der Zunge, zottenartige Wucherungen der Papillen. Offenbar handelt es sich um eine Reaktion auf den dauernden Reiz durch die ununterbrochene Berührung mit dem jauchigen Sekrete. Hervorzuheben ist auch die in beiden Fällen aufgetretene Schwerhörigkeit, da diese Komplikation der tertiären Lues wenig beachtet wird. Es kann sich um eine Verlegung des Tubenostiums durch eingetrocknetes Sekret oder Ödem der Pharynxwand oder wahrscheinlicher um eine spezifische Erkrankung um das Ostium handeln.

Literatur.

1. Evans, The causes of the localisation of gummata. Am. J. m. sc., 1896, Bd. 2. — 2. Zit. in 3, S. 125. — 3. Zuckerkandl, E., Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle, 1893, Bd. 2, S. 125—167. — 4. Neumann, J., Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide usw. Arch. f. Derm., 1885, Bd. 17, S. 209—241. — Über die klinischen und histologischen Veränderungen der luetisch erkrankten Tonsillen und Gaumenbogen. W. kl. W., 1891, Bd. 4, S. 917—919. — 5. Rille, Die Syphilis der Nase. Die Heilkunde, 1900, Bd. 4, H. 4. — 6. Moldenhauer, Krankheiten der Nasenhöhle. — 7. Mauriac, Leçons sur la syphilis tertiaire, S. 483. — 8. Schuster und Sänger, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Nasensyphilis. Arch. f. Derm., 1878, Bd. 10, S. 211—258. — 9. Bernoud, De la syphilis tertiaire des fosses nasales. Paris 1899. — 10. Koch, Ein Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankung des Oberkiefers. Inaug.-Diss., Greifswald 1896. — 11. Combe, Syphilis, accidents tertiaires usw. Revue hebd. laryng., 1893, S. 712. — 12. Glück, Mitteilungen aus dem Landesspitale in Sarajevo (1894/96). — 13. Zit. in Neumann, Syphilis, 1899, S. 386. — 14. Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, 1896, S. 347. — 15. Wechselmann und Marcuse, Über gangräneszierende Prozesse. Derm. Zschr., 1908, Bd. 15, S. 433—443. — 16. Weber, Verletzungen und chirurgische

Digitized by Google

Krankheiten des Gesichts, in Pitha und Billroth, Handbuch d. allg. u. spez. Chirugie, Bd. 3. — 17. Zit. in Gerber, Spätformen hereditärer Syphilis, 1894. — 18. Fick, Beobachtungen über tertiäre Lues. Arch. f. Derm., 1903, Bd. 64, S. 61—90. — 19. Mounier, La syphilis nasale méconnue. Ref. Arch. f. Derm., 1900, Bd. 54, S. 462. — 20. Jambon, Des sinusites syphilitiques. Thèse de Bordeaux, 1905. — 21. Ardenne, Sinusite ethmoido-fronto-maxillaire et syphilis. Revue hebd. laryng., 25. Jahrg., Nr. 51. — 22. Ahrens, Über luetische Nekrose am Alveolarfortsatz des Kiefers. Inaug.-Diss., München 1906. — 23. Diskussion zu Lubet Barbon-Furet, Diagnostic de la sinusite maxillaire usw. Revue hebd. laryng., 1900, Bd. 2, S. 28. — 24. Frühwald, R., Demonstration in der Medizinischen Gesellschaft in Leipzig, 20. 12. 1910. M. m. W., 1911, S. 485.

Silbernitrat oder Silbereiweiß?

Eine therapeutische Frage.

Von

J. Schumacher, Berlin.

Lublinski (1) hält die Ersatzpräparate des Silbernitrats im allgemeinen für minderwertige Surrogate. Der Grund des Eifers der chemischen Fabriken, Ersatzpräparate des Silbers herzustellen, sei in der allgemein angenommenen Tatsache zu suchen, daß dem Silbernitrat infolge seiner eiweißkoagulierenden Eigenschaft die notwendige Tiefenwirkung abgehe, während die wäßrigen Lösungen der Ersatzpräparate, die Eiweiß nicht fällen, größere Tiefenwirkung und Reizlosigkeit besäßen. Ich kann Lublinski darin nur beipflichten, daß die erwähnte Ansicht überaus verbreitet ist.

Der Schmerz und der bittere unangenehme Geschmack des Silbernitrats hatten Lublinski veranlaßt, bei der Behandlung der Schleimhäute der oberen Wege sich des Protargols zu bedienen, mit dem Erfolg, daß er reumütig zum Silbernitrat zurückkehrte. Die Frage, was in dem Silbernitrat eigentlich wirkt, glaubt Lublinski so beantworten zu müssen, daß es das Silber allein nicht sein könne. Möglicherweise spiele seine Nitratkomponente ebenfalls eine Rolle. Er weist dabei auf die von Delioux beobachtete Tatsache hin, daß sich der von Silbernitrat in Eiweiß erzeugte Niederschlag durch Zusatz von Kochsalzlösung wieder löst, was übrigens schon längere Zeit bekannt ist. Ein kleiner zurückbleibender Bodensatz bestehe aus Chlorsilber.

Lublinski glaubt, daß dieser Prozeß in der Schleimhaut sich in ähnlicher Weise vollziehe, es bilde sich Chlorsilber, wodurch der erkrankten Schleimhaut Chlor entzogen werde, was eventuell therapeutisch von Bedeutung sei.

Digitized by Google

Außerdem sei die Tatsache, daß dieser Niederschlag eine Tiefenwirkung verhindere, bisher nicht nachgewiesen. Im Gegenteil, wenn man die vielfache Anwendung des „Silbersalpeters" in der experimentellen Pathologie sehe, um am lebenden Tier gerade die in der Tiefe sich abspielenden Vorgänge zur Darstellung zu bringen, und wenn man in der Histologie durch die Versilberung vieler Dinge, wie Saftkanäle des Bindegewebes, die Grenze des Schleimhautepithels und manches andere erst genau erkennen könne, sei es schwer, eine Tiefenwirkung auszuschließen.

Wie, sagt Lublinski weiter, sollte außerdem der Nachschmerz zu erklären sein, der kaum auftreten könnte, wenn der Niederschlag eine tiefere Einwirkung des Silbersalpeters verhinderte?

Ich möchte diese Gelegenheit benutzen, meinerseits die vortrefflichen klinischen Beobachtungen Lublinskis physikalisch-chemisch näher zu beleuchten.

Ich muß Lublinski völlig beipflichten, wenn er dem Argentum nitricum eine Tiefenwirkung nachrühmt, und bin mir wohl bewußt, daß ich mich damit ebenfalls in schroffem Gegensatz zu der herrschenden Ansicht befinde. Die klinischen Beobachtungen Lublinskis lassen sich jedoch physikalisch-chemisch ohne weiteres erklären. Welche chemischen Vorgänge vollziehen sich denn, wenn wir eine Argentum nitricum-Lösung beispielsweise in die Harnröhre injizieren? Der kleinste Teil des injizierten Silbernitrats setzt sich mit dem in der Harnröhre vorhandenen Urinrest zu unlöslichem Chlorsilber um, das zuerst in der Flüssigkeit suspendiert ist und der geringen Menge wegen auch lange Zeit suspendiert bleibt. Der größte Teil des Argentum nitricum kommt jedoch sofort mit der Schleimhaut in Berührung und erzeugt dort als an eiweißhaltiger Stelle ein Silberalbuminat, das Koagulum, das die Tiefenwirkung des Silbernitrats verhindern soll. Die in den Schleimhäuten vorhandene kochsalzhaltige Gewebsflüssigkeit sorgt jedoch dafür, daß dies koagulierte Silberalbuminat in kurzer Zeit zu dem leicht löslichen Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium gelöst wird, und da hierdurch das Koagulum, das die Tiefenwirkung verhindern soll, beseitigt ist, kann neues Argentum nitricum mit der Schleimhaut in Berührung treten, und der Prozeß wiederholt sich von neuem, da auch inzwischen das gebildete Doppelsalz durch den Säftestrom abgeführt wird.

In praxi kommt es bei Anwendung dünner Argentum nitricum-Lösungen überhaupt nicht zur Bildung von Silberalbuminat, das dann zum Doppelsalz gelöst würde. Hier entsteht vielmehr sofort das Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium, ohne daß es zur Bildung eines Koagulums kommt.

Digitized by Google

Von dieser Tatsache kann man sich ohne weiteres im Reagenzglas überzeugen, dessen Heranziehung zum Vergleich hier wohl berechtigt ist. Bringt man zu einer wäßrigen Eiweißlösung beispielsweise einige Tropfen einer 1%igen Argentum nitricum-Lösung, bis ein dicker Niederschlag entstanden ist, so ist dieser sofort durch Kochsalzzusatz in Lösung zu bringen. Bringt man dagegen zu einer wäßrigen Eiweißlösung einige Tropfen einer 0,1%igen Argentum nitricum-Lösung, so wird man zuerst gar nichts bemerken, oder höchstens eine kleine weißliche Trübung, die sofort wieder verschwindet. Das ist auf einfache Weise zu erklären. Das durch das Argentum nitricum erzeugte Silberalbuminat wird sofort durch das in der wäßrigen Eiweißlösung vorhandene Kochsalz zum Doppelsalz gelöst, und erst wenn man mehr Argentum nitricum zusetzt, als das vorhandene Kochsalz in Doppelsalz überzuführen vermag, bekommt man auch mit einer 0,1%igen Argentum nitricum-Lösung einen Niederschlag, den man natürlich durch weiteres Kochsalz wieder lösen kann. Setzt man aber der Eiweißlösung beispielsweise vorher etwas Kochsalzlösung zu, im Verhältnisse, wie sie im Körper vorhanden sind, und bringt dann die 0,1%ige[1]) Argentum nitricum-Lösung hinzu, so kann man erhebliche Mengen Silbernitrat zuführen, ohne einen Niederschlag zu erhalten. Der Kochsalzgehalt der Gewebsflüssigkeit verhindert also bei Anwendung dünner Lösungen die Entstehung des Silberalbuminats. Gegenüber den Verhältnissen im Reagenzglas sind diese im Körper noch wesentlich günstigere durch den Säftestrom, der immer neue kochsalzhaltige Gewebsflüssigkeit zuführt.

Was geht aus diesen chemischen Betrachtungen hervor? Des ersteren, daß bei Anwendung dünner Argentum nitricum-Lösungen überhaupt kein Niederschlag von koaguliertem Eiweiß entsteht, der eine Tiefenwirkung zu verhindern imstande wäre. Bei stärkeren Konzentrationen entsteht allerdings Silberalbuminat, das aber durch das im Gewebe vorhandene Kochsalz allmählich ebenfalls zu dem leicht löslichen Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium gelöst und durch den Säftestrom fortgeführt wird.

Die Hauptsache aber ist die, daß uns bewußt wird, daß wir bei der Anwendung des Argentum nitricum auf den Schleimhäuten gar nicht mit diesem Präparat selbst therapeutisch arbeiten, sondern mit dem entstehenden Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium, das ja weiter nichts als ein organisches Silberpräparat ist, und als solches eine Tiefenwirkung haben muß und hat. Gerade die Tatsache, daß die eigentlich wirksame Substanz notgedrungen in den oberflächlichen Zellen entstehen muß und durch den Säftestrom weiter befördert wird, andererseits als nicht mehr eiweißfällende Substanz ebenfalls in die Tiefe dringen kann, gerade diese Tatsache läßt erkennen, daß dem Argentum nitricum sogar eine größere Tiefenwirkung als den organischen Silberpräparaten zukommt, deren Tiefenwirkung ja nur auf Diffusion oder Osmose beruhen kann.

So weit die Beweise. Die Tiefenwirkung des Argentum nitricum wird aber noch aus anderen Gründen wahrscheinlich größer sein.

---

[1]) Zu bemerken ist noch, daß wir ja meist noch verdünntere Lösungen anwenden als 1:1000.

Digitized by Google

Die in der Tiefe unterhalb der obersten Zellagen befindliche kochsalzhaltige Gewebsflüssigkeit wirkt eben von innen her auf das Silberalbuminat lösend, und dies muß daher notgedrungen durch Diffusion auch in die tiefer gelegenen Safträume und Interzellularräume gelangen. Dieser Vorgang ist vielleicht dem folgenden nicht ganz unähnlich. Wenn man auf eine Glasplatte getrennt einen Tropfen Wasser und einen Tropfen Tinte bringt und diese vom Wasser her durch einen Strich mit einer Nadelspitze verbindet, so wird auch durch Diffusion Tinte an Stellen hinkommen, wo gar keine hingebracht wurde.

Was den von Lublinski beobachteten Nachschmerz anlangt, der in der Urologie bei den relativ dünnen Lösungen des Argentum nitricum, die angewandt werden, nicht oder nur selten beobachtet wird, so findet dieser durch diese chemischen Betrachtungen ebenfalls seine Erklärung.

Zur Behandlung der Schleimhäute der oberen Wege werden meist konzentriertere Argentum nitricum-Lösungen verwendet. Es kommt hier dann zu einem Niederschlag von Silberalbuminat, der aber allmählich von der kochsalzhaltigen Gewebsflüssigkeit, wie wir gesehen haben, gelöst und fortgeführt wird. Das entstandene Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium dringt dann langsam weiter und wirkt auf die tiefliegenden Nervenelemente. Dadurch erklärt sich auch, daß der von Lublinski beobachtete Nachschmerz zeitlich später fällt als die erste Empfindung.

Man könnte aus den klinischen Beobachtungen schon ohne weiteres dem Doppelsalz-Silberalbuminatchlornatrium voraussagen, daß es desinfizierende Eigenschaften in hohem Grade besitzen muß. Das erhellt nicht nur aus einem Analogieschluß mit den übrigen Silbereiweißverbindungen, das beweist auch die Tatsache, daß bei Schwefelammoniumzusatz sich Schwefelsilber bildet. Denn dieses hat physikalisch-chemisch zur Voraussetzung, daß sich außer etwa vorhandenen therapeutisch unwirksamen komplexen Ionen freie Silberionen in der Flüssigkeit befinden müssen, an die die desinfektorische Kraft der Silberlösungen gebunden ist.

Wir haben hier nachgewiesen, daß wir bei der Anwendung des Argentum nitricum bei den Schleimhäuten gar nicht mit dem Präparat selbst arbeiten, sondern mit dem Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium.

Ich habe auf ähnliche Verhältnisse auch schon andererseits hingewiesen (2), daß wir beispielsweise gar nicht die Entwicklungshemmung durch das Goldchlorid prüfen, wenn wir dies einem gelatine- oder agarhaltigen Nährboden zuführen, sondern die Entwicklungshemmung durch das kolloidale Gold, da sich das Goldchlorid mit den Eiweißstoffen sofort zu Goldalbuminatchlornatrium wenigstens zum größten Teil umsetzt, welches dann spontan nach einiger Zeit kolloidales Gold in statu nascendi abscheidet.

Man wird sich nun fragen, weshalb müht sich die chemische Industrie mit allen möglichen neuen Synthesen ab, wenn der Körper selbst imstande

Digitized by Google

ist, aus dem Silbernitrat sich die wirksamste organische Silberverbindung, das Silberalbuminatchlornatrium, zu synthetisieren?

Obwohl Lublinski recht hat, daß dem Silbernitrat eine ausgesprochene Tiefenwirkung zukommt, und wir physikalisch-chemisch dasselbe nachweisen konnten, so werden in der Urologie wenigstens bei Anwendung von Silberpräparaten die organischen dennoch beibehalten werden müssen. Es läßt sich hier eben nicht das zweckmäßigste therapeutische Präparat in Anwendung bringen, da die Reizwirkungen auf die Schleimhaut seiner Anwendung ein Ziel setzen, eine Beobachtung, die ja von organischen Quecksilbereiweißverbindungen schon bekannt ist, und die ich ebenfalls bestätigt fand. Die starke Reizwirkung des Silberalbuminatchlornatriums verbietet eben gerade seine Anwendung bei stark entzündeten Schleimhäuten, und da diese Verbindung, auch wie wir gesehen haben, in der Tiefe bei Anwendung von Argentum nitricum entsteht, so müssen wir auch dieses aus den eben erörterten Gründen zum Gebrauch bei entzündeter Urethralschleimhaut für kontraindiziert halten.

Wir kommen hier auf Grund unserer Betrachtungen zu Forderungen, die längst von anderer Seite erörtert worden sind.

So schreibt Wossidlo (3): Mit den von Neisser wiederholt empfohlenen frühzeitigen Spülungen der Harnröhre mit Lösungen von Argentum nitricum 1:3000—1:1000 hat weder Finger noch Jadassohn gute Resultate erzielt. Ersterer gibt an, daß er stets wegen der heftigen Schmerzen, des Ödems der Glans und des Präputiums und der danach auftretenden sanguinolenten Sekretion zum Aufgeben der Versuche gezwungen war.

Die Abortivbehandlung mit Argentum nitricum hat sich deshalb nur wenig Eingang verschaffen können.

Über die Einwirkung der Silbersalze auf die Urethralschleimhaut wurden von Casper, Calderone, Aisinmann, Lohnstein und Wildbolz Versuche an Tieren angestellt. Während Casper sich indessen nur mit der Wirkung des Argentum nitricum befaßte, haben die übrigen der genannten Autoren auch die organischen Silbersalze geprüft, am eingehendsten Lohnstein und Wildbolz. Nach den Untersuchungen beider müßte dem Argentum nitricum eine größere Tiefenwirkung zugeschrieben werden als den organischen Silbersalzen, speziell dem Protargol.

Als Beweis für die Tiefenwirkung der neueren Silbersalze und für die Werte der einzelnen Präparate gegeneinander werden die Ergebnisse folgender Versuche angeführt.

Schäffer legte gleichgroße, würfelförmige Stücke einer Kaninchenleber in eine Argentum nitricum-Lösung (1:2000) und in eine Argentamin-

Digitized by Google

lösung von gleichem Silbergehalt und ließ sie zehn Stunden darin. Danach brachte er die Leberstückchen in eine verdünnte Lösung von Schwefelammonium. Überall, wo die Silberlösungen eingedrungen waren, entstand ein schwarzbrauner Niederschlag. Die Tiefe des letzteren war bei Argentamin dreimal so groß wie bei Argentum nitricum. Wurden stärkere (1—2 %ige) Lösungen genommen, dann war der Unterschied noch größer, indem der schwarzbraune Saum des Argentamin denjenigen des Argentum nitricum an Tiefe um das Fünffache übertraf.

Pezzoli bestimmte in gleicher Weise an Stücken von Menschenleber die Dicke des Imbibitionssaumes von Argentum nitricum, Argentamin, Protargol und Largin und fand dabei folgende Dickenverhältnisse des Imbibitionssaumes: bei Argentamin 100 mm, bei Argentum nitricum 66 mm, bei Largin 55 mm, bei Protargol 38 mm.

Benario untersuchte die Tiefenwirkung des Protargols. Er infizierte horizontal erstarrte Agarröhrchen mit Stichkulturen, überschichtete sofort nach Anlegung des Stiches mit 0,5 %iger Protargollösung und brachte die Röhrchen in den Brutschrank. Am nächsten Tage konnte er beobachten, daß der Stich sich erst 12—13 mm unter der horizontalen Agaroberfläche entwickelt hatte. Die Protargollösung war also so tief in die Agarsäule eingedrungen, daß erst unterhalb dieses Zwischenraumes ein Wachstum sich vollziehen konnte.

Pezzoli stellte folgende Versuche an, die später von Kamen wiederholt wurden:

Gleiche Röhrchen wurden bis zur Höhe von 5 cm mit Gelatine gefüllt, mit je einem Tropfen Bouillonkultur von Bacterium coli geimpft, dieser darin durch Schütteln gleichmäßig verteilt und die Gelatine zum Erstarren gebracht. Sodann wurden auf die erstarrte Gelatine verschiedene Silberlösungen bis zur Höhe von 12 cm aufgegossen und die Röhrchen im Dunkeln bei Zimmertemperatur aufbewahrt. Bei der Revision der Röhrchen nach 3—4 Tagen fand sich, daß das Wachstum in der Gelatine von der Berührungsfläche mit der Silberlösung nach abwärts bis zu einer gewissen Tiefe ausgeblieben war. Die sterile Zone hatte bei den verschiedenen Mitteln folgende Höhe: Argentamin 16 mm, Argentum nitricum 4 mm, Largin 10 mm, Protargol 5 mm.

Aus den Resultaten dieser Versuche wurde nun ohne weiteres auf eine gleiche Tiefenwirkung der Silbersalze auf der Urethralschleimhaut geschlossen. Auf das Unstatthafte einer solchen Schlußfolgerung ist von den verschiedensten Autoren aufmerksam gemacht worden.

Die Untersuchungen Schäffers sind einwandfrei, und es liegt kein Grund vor, zu bezweifeln, daß die Tiefenwirkungen des Argentamin drei-

Digitized by Google

mal so groß sind, wie die des Argentum nitricum in seinen angestellten Versuchen. Aber er experimentierte ja mit totem Material. Das Argentum nitricum dringt hierbei überhaupt nur deshalb ein, weil ein Teil des gebildeten Silberalbuminats durch das in den Gewebsstückchen vorhandene Kochsalz gelöst wird. Ist dieser Kochsalzgehalt verbraucht, dann setzt das entstehende Silberalbuminat jedem weiteren Vordringen des Argentum nitricum ein Ziel. Im Körper ist dieses aber völlig anders. Hier herrscht ein dauernder Saftaustausch zwischen den Geweben. Vorhandenes Silberalbuminat wird, wie wir gesehen haben, durch das in den Geweben vorhandene Kochsalz in das leichtlösliche Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium übergeführt, das nicht mehr eiweißfällend wirkt. Neu eindringendes Argentum nitricum wird auf dieselbe Weise verarbeitet und wird nach dieser Verarbeitung als nicht mehr eiweißfällendes Doppelsalz fortgeführt oder kann in die Tiefe dringen, da ihm ja nicht ein unlöslicher Panzer, wie in den Versuchen Schäffers, durch das unlösliche koagulierte Silberalbuminat im Wege steht.

Die Versuche Schäffers stimmen daher für Untersuchungen am toten Objekt, im Körper sind die Verhältnisse aber in Wirklichkeit anders. Auch wenn Schäffer in seinen Leberstückchen den Kochsalzgehalt auf irgend eine Weise vor dem Einbetten vermehren könnte, so würde hier immer noch der Säftestrom, dessen Bedeutung im Gewebe wir kennen gelernt haben, fehlen.

Aus demselben Grunde können auch die Versuche Pezzolis nicht beweisen, daß die Tiefenwirkung der organischen Silberpräparate die des Argentum nitricum übertrifft. Aus denselben Gründen sind auch die Versuche von Benario und Kamen nicht beweisend.

Zusammenfassung.

Die klinischen Beobachtungen Lublinskis machten es wahrscheinlich, daß dem Silbernitrat ebenso wie den organischen Silberpräparaten eine Tiefenwirkung zukommt. Nach unseren Untersuchungen müssen wir dem Sibernitrat unbedingt eine Tiefenwirkung zusprechen, die durch das in der Schleimhaut entstehende, als organische Silberverbindung nicht mehr eiweißfällende Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium bedingt ist.

Die Tiefenwirkung erscheint aus physikalisch-chemischen Gründen sogar noch größer zu sein als bei den fabrikmäßig hergestellten organischen Silberpräparaten. Das beweisen geradezu die Beobachtungen Lublinskis und die Untersuchungen von Lohnstein und Wildbolz.

Ein unlösliches Präzipitat (Silberalbuminat), das die Tiefenwirkung verhindern könnte, kann bei Anwendung dünner Argentum nitricum-

Digitized by Google

Lösungen aus chemischen Gründen überhaupt nicht entstehen, bei Anwendung stärkerer Argentum nitricum-Lösungen wird das entstandene unlösliche Silberalbuminat alsbald durch die kochsalzhaltigen Gewebsflüssigkeiten zu dem leichtlöslichen Doppelsalz Silberalbuminatchlornatrium gelöst, welcher Vorgang durch den Säftestrom im Gewebe noch wesentlich beschleunigt wird.

Literatur.

1. Lublinski, Silbernitrat oder Silbereiweiß. B. kl. W., 1914, Nr. 38. — 2. Schumacher, J., Kritische chemisch-pharmakologische Betrachtungen über den Wert des Kalium aurum cyanatum für die Chemotherapie der Tuberkulose. — 3. Wossidlo, Die Gonorrhoe des Mannes. Zweite Auflage.

Die Wirkung des Höllensteins.

Von

P. G. Unna.

I.

In der vorhergehenden Arbeit versucht Schumacher, die Praxis und Theorie der Höllensteinanwendung, die im Laufe der Jahre etwas unstimmig geworden waren, durch Hervorhebung einer meist übersehenen, aber höchst beachtenswerten, vor langer Zeit von Delioux zuerst gefundenen Tatsache wieder in Einklang zu bringen.

Die ansehnliche Reihe neuer Silberpräparate, die wir größtenteils den Bemühungen der Neisserschen Schule um die Gonorrhoebehandlung verdanken, traten mit dem Anspruch auf, Ersatzpräparate des Höllensteins zu sein, deren Vorzug in erster Linie darin bestehe, daß sie vom Eiweiß der Gewebe nicht gefällt würden wie dieser. Deswegen — so wurde allgemein geschlossen — komme diesen Silberverbindungen im Gegensatz zum Höllenstein eine — eigentlich beliebig große — Tiefenwirkung zu. So weit die Theorie. Die Praxis begrüßte einige der neuen Silbermittel, vor allem das Protargol, mit Freuden, gab aber deswegen durchaus nicht etwa den Höllenstein bei Behandlung derselben Affektionen auf. Ja, mir will scheinen, daß man allmählich immer mehr und zwar dann zum Höllenstein zurückkehrte, wenn man sehr sichere und energische Wirkungen mit einem Silberpräparat erzielen wollte.

Lublinski hat dieser offenbar von vielen älteren Praktikern geteilten Ansicht vor kurzem einen weithin beachteten Ausdruck verliehen. Man könnte aber noch weiter gehen und sich fragen, wie denn eine Theorie, welche die Lokalwirkung eines Silberpräparats lediglich von

Digitized by Google

seiner eiweißfällenden Wirkung abhängig macht, überhaupt Wurzel fassen konnte, da ja doch die innere Darreichung des Höllensteins mit ihrer Allgemeinwirkung der Argyrie jedem Dermatologen genugsam bekannt ist. Wenn es im Darmkanal außer zu einer Lokalwirkung sicher zu einer Allgemeinwirkung kommt, so ist ja nichts sicherer als daß es eine „Tiefenwirkung" des Höllensteins bei seiner Applikation auf Schleimhäute gibt.

Schumacher macht nun darauf aufmerksam, daß die Fällbarkeit des Eiweißes durch Höllenstein von dessen Kochsalzgehalt abhängig ist. Dieser Satz ist zweifellos richtig; der entsprechende Grundversuch ist leicht anzustellen und hat immer das gleiche Resultat.

Gibt man zu einer geschüttelten und klar filtrierten 10 % igen Lösung von Hühnereiweiß, die sich in einem Becherglase befindet, tropfenweise eine ganz schwache, etwa 0,1 % ige Höllensteinlösung, so löst sich bei den ersten vier oder fünf Tropfen die entstehende Trübung sofort wieder auf. Erst die nächsten Tropfen erzeugen einen bleibenden Niederschlag. Dieser löst sich aber auch auf, wenn man einige Tropfen einer 1 %-igen Kochsalzlösung zugibt.

Bei Gegenwart von einer bestimmten Kochsalzmenge ist mithin der Höllenstein-Eiweiß-Niederschlag wasserlöslich. Bedenkt man aber weiter, daß gerade Kochsalz sonst — bei Abwesenheit von Eiweiß — das sicherste Fällungsmittel für Höllenstein ist, so ergibt sich die geradezu paradoxe Tatsache, daß die Gegenwart von Eiweiß die Fällung der Höllensteinlösung durch Kochsalz — unter Einhaltung bestimmter Mengenverhältnisse — verhindert.

Beide Sätze kann man in den einen Satz zusammenfassen, der eine einfache Konsequenz des Delioux-Schumacherschen Versuches ist: es gibt eine wasserlösliche Tripelverbindung von Silbersalpeter, Kochsalz und Eiweiß, in welcher die Neigung zu partiellen Niederschlägen zwischen Silbersalpeter und Eiweiß einerseits, Silbersalpeter und Kochsalz andererseits aufgehoben ist.

Fragen wir uns nach der Wirkung dieser Tripelverbindung, so kann wohl darüber kein Zweifel bestehen, daß sie so wenig wie andere Silberverbindungen außer dem Höllenstein irgend eine der klassischen Tiefenwirkungen des letzteren (Granulationsförderung, Desinfektion, Ätzung) besitzt. Wir hätten sie sonst sicher längst dem Höllenstein substituiert. Aber es ist in hohem Grade wahrscheinlich, daß sie diejenige wasserlösliche Form darstellt, unter welcher bei fortgesetzter innerer Darreichung das Silber auf dem Blutwege in die Haut und in alle inneren Organe gelangt (Argyrie) und in diesen in Gestalt von schwarzen Körnchen abgeschieden wird.

Digitized by Google

Es ist ja auch gar nicht die Ansicht Schumachers, daß diese Verbindung der Träger der Höllensteinwirkung ist, sondern daß sie nur dazu dient, die Bildung eines festen Silberalbuminats zu verhindern und den Weg in die Tiefe für weitere Höllensteinwirkungen freizumachen.

Faßt man das Gewebe genauer ins Auge, wie es sich bei Annahme dieser Theorie gegenüber dem Höllenstein verhält, so wird unter dem Einfluß des Kochsalzes der Lymphe das sich bildende oder schon gebildete Albuminat in den mit Höllenstein geätzten Zellagen wieder aufgelöst und abgeführt. Ist die Stärke des Höllensteins nicht genügend, um diese Zellenlagen zur Nekrose und zur Abstoßung zu bringen, so würde also die weitere Wirkung in einer Herauslösung einer bestimmten, mit dem Höllenstein in Reaktion getretenen Eiweißmenge aus den Zellen bestehen, die resorbiert und fortgeführt wird. Eine zweite Höllensteinapplikation am selben Ort würde dann tiefer eindringen und eine neue Gewebsschicht versilbern können, weil sie in der obersten Schicht nicht mehr genügendes Eiweiß zur Albuminatbildung vorfindet. Durch mehrfache Wiederholung der Höllensteinauftragung mit sekundärer Abfuhr der Tripelverbindung und Enteiweißung einer neuen Schicht des Gewebes käme somit ein schichtweises Vordringen des Mittels in die Tiefe zustande.

Dieses wäre wohl der Mechanismus einer allerdings nur stufenweise tiefer dringenden Höllensteinwirkung, wie wir ihn uns auf Grund der Schumacherschen Theorie vorzustellen haben.

Die Grenzen, innerhalb welcher das Delioux-Schumachersche Phänomen auftritt, lassen sich durch Fortsetzung desselben Versuches erforschen.

Tropft man zu der oben angegebenen Mischung weiter Höllensteinlösung hinzu, so entsteht wieder eine Fällung, welche durch Zusatz einiger Tropfen Kochsalzlösung aufgehoben wird. Dieses Spiel kann öfters wiederholt werden, vorausgesetzt, daß von Anfang an sehr viel Eiweiß vorhanden war. Jedoch kommt bald ein Punkt, an dem statt einer Lösung eine dichte Fällung von Chlorsilber auftritt. Dann ist offenbar die Eiweißmenge verbraucht, welche zur Bildung der löslichen Tripelverbindung nötig ist. Offenbar setzt der Versuch ein bestimmtes stöchiometrisches Verhältnis zwischen den drei Komponenten voraus, welches noch genauer zu erforschen wäre; so viel scheint aus den bisherigen Versuchen hervorzugehen, daß eine sehr geringe Menge Silbersalpeter neben viel bedeutenderen Mengen Eiweiß und Kochsalz dazu gehört.

Die wichtigste Frage, ob derartige Verhältnisse im lebenden Körper vorhanden sein können, muß wohl bejaht werden, denn hier entspricht gewöhnlich einem einmaligen Angriff des Silbersalpeters eine längere Be-

Digitized by Google

spülung des behandelten Gewebes mit Lymphe, d. h. mit Kochsalz und Eiweiß. Die hauptsächlichsten Voraussetzungen für die Lösung des Silberalbuminates sind mithin im lebenden Körper gegeben. Von diesem Gesichtspunkt aus ist die Schumacherssche Theorie durchaus haltbar.

Findet nun aber tatsächlich die Bildung einer solchen kochsalzlöslichen Verbindung des Höllensteins mit dem Gewebeeiweiß statt?

Man sollte denken, daß Versuche an Gewebsschnitten hierüber Aufschluß geben könnten. Ich stellte solche mit Schnitten der Rattenlippe an und zwar sowohl mit Gefrierschnitten wie mit Alkohol-Zelloidinschnitten, die sich übrigens vollkommen analog verhielten. Als Kochsalzlösung benutzte ich zunächst eine konzentrierte, aus dem einfachen Grunde, weil eine 1 % ige oder physiologische Kochsalzlösung selbst einen Teil des Zelleiweißes, die Zytose, auszieht, während diese in konzentrierter Kochsalzlösung dem Gewebe erhalten bleibt. Die Schnitte kommen etwa ½ Stunde lang in eine einprozentige Lösung von Argentum nitricum in destilliertem Wasser bei Lichtabschluß. Darauf werden sie, am besten in einem Trichter, mit destilliertem Wasser im Dunkeln gut ausgewaschen, um jede Spur freien Höllensteins zu entfernen. Ein Teil der Schnitte wird darauf in ein Schälchen mit konzentrierter Kochsalzlösung, ein anderer in eins mit destilliertem Wasser gebracht und beide Schälchen bleiben sechs Stunden bei 37° im Brutofen. Man überträgt dann von jedem Schälchen zur Reduktion der Silberverbindung einige Schnitte in eine konzentrierte Lösung von Natriumhydrosulfit (etwa 10 %). Die Schnitte, welche nur in destilliertem Wasser aufbewahrt waren, zeigen sofort eine dunkle Silberfärbung, welche unter dem Mikroskop je nach den Gewebselementen vom Gelb und Rot durch Braun ins Schwarze spielt (Silberalbuminatfarbe), während bei Einhaltung obiger Kautelen (destilliertes Wasser, Lichtabschluß) die bekannten Wolken der freiliegenden, schwarzen Silberkörnchen fehlen. Die Schnitte andererseits, welche in der Kochsalzlösung gelegen hatten, sind vollkommen farblos und silberfrei. Das im Gewebe erzeugte Silberalbuminat ist also tatsächlich in starker Kochsalzlösung löslich.

Sehr überrascht war ich aber, als die erst versilberten und dann durch Kochsalz entsilberten Schnitte bei nun folgender Färbung mit unseren charakteristischen Eiweißfärbern (Hämatein + Alaun, Pappenheim-Unna) die erwartete Abnahme an Färbekraft gar nicht zeigten. Denn ein erheblicher Verlust an Eiweiß, wie wir ihn an Schnitten ja mittels Kochsalz oder Salzsäure leicht hervorrufen können, prägt sich stets bei derartigen Nachfärbungen durch die schwächere Tingibilität irgend eines bestimmten Gewebsbestandteiles deutlich aus. Auch in bezug

Digitized by Google

auf diesen Punkt verhielten sich Gefrierschnitte und Alkohol-Zelloidinschnitte vollkommen gleich. Die Färbung der Schnitte zeichnete sich sogar durch die Frische und Tiefe der Farben aus, was bei dem Ausbleiben eines Eiweißverlustes und der hinzukommenden oxydativen Wirkung des Höllensteins (analog der Wirkung der Salpetersäure) wohl zu verstehen war. Sicher fehlt in solchen versilberten Schnitten weder Zytose, noch basophiles und oxyphiles Nuklein, weder die oxyphilen Substanzen des Protoplasmas, noch dessen Spongioplasma in nachweisbarem Grade. Aber ein geringer und ganz bestimmter Unterschied zwischen der Färbung der nicht versilberten Schnitte einerseits, der versilberten und entsilberten Schnitte andererseits besteht doch. Die letzteren sind klarer, durchsichtiger, alle Konturen treten schärfer und stärker hervor, alle sonst bestehenden, verwaschenen Konturen und Mitteltöne fehlen. Daß wirklich eine besondere Substanz durch sukzessive Behandlung der Schnitte mit Silbernitrat und Kochsalz aus denselben ausgezogen wird, ergibt sich aus der Tatsache, daß nach dieser Behandlung eine zweite durch Natriumhydrosulfit nachweisbare Versilberung in der Regel nicht gelingt oder falls eine solche in stark silberliebenden Geweben (z. B. Mauslippe) noch einmal in schwächerem Grade eintritt, sie durch eine zweite oder eventuell dritte Behandlung vollkommen erlischt, obwohl die bekannten Eiweißfärbungen der Schnitte (auf Zytose, Globulin, Nuklein, oxyphiles Chromatin usw.) noch prächtig gelingen.

Es wird also sicher etwas bei der Entfernung des Silbers aus dem Gewebe mit ausgezogen; es ist nur schwer zu sagen: was. Es entspricht nicht einem der bekannten, tingibeln Gewebselemente, sondern eher einem Bestandteil, welcher in der Norm die präzise, scharfe Färbung aller Bestandteile erschwert, selbst aber nicht spezifisch färbbar ist.

Der glückliche Umstand, daß die konzentrierte Kochsalzlösung einerseits das Silberalbuminat löst, andererseits den ubiquitären löslichen Bestandteil des Protoplasmas, die Zytose, nicht löst, gibt der Möglichkeit Raum, das noch unbekannte eiweißartige Element als Silber-Kochsalz-Albuminat im großen zu gewinnen, ohne daß dasselbe mit der Zytose verunreinigt sein kann, welche nur in schwache (physiologische) Kochsalzlösung übergehen würde.

Andererseits aber gelingt es vielleicht auch, diesen Eiweißbestandteil ohne stärkere Verunreinigung direkt durch Wasser dem Gewebe zu entziehen und ihn dann daraufhin zu prüfen, ob er die Delioux-Schumachersche Reaktion mit Silbernitrat und Kochsalz ebenso gibt wie Hühnereiweiß.

In Verfolgung dieser Versuche werden wir natürlich auch versuchen, über die sonstigen Eigenschaften des betreffenden, silberliebenden Eiweißes der Gewebe Klarheit zu gewinnen.

Digitized by Google

Ich habe diese Versuche der leichten Bearbeitung wegen an Lebergewebe durchgeführt.

Untersuchung des Lebergewebes auf argentophiles Eiweiß.

Eine Schweineleber wurde durch Durchspülen mit Leitungswasser vollkommen entblutet, das ganz blasse Organ durch Schaben in einen Zellenbrei verwandelt und dieser durch ein grobes Haarsieb gepreßt. Dabei wurden 50 g Leberbrei gewonnen und in zwei gleiche Portionen geteilt. Die Hälfte wurde mit 50 ccm destillierten Wassers, die andere Hälfte mit 50 ccm einer 1 %igen Lösung von Silbernitrat versetzt und dann beide filtriert, und zwar in der Kälte, um möglichst wenig Zytose zu lösen, und im Dunkeln, um das Silber nicht zu reduzieren. Der Inhalt beider Gefäße, zum besseren Filtrieren mit 10 % Kieselgur versetzt, wurde vor dem Filtrieren gut durchgeschüttelt. Die Mischung von Leberbrei mit Wasser filtrierte sehr langsam, die mit Silbernitrat viel rascher wegen der Fällung des Eiweißes.

A. Wassermischung.

Von dieser hatte nur das Filtrat Interesse, welches die an destilliertes Wasser abgegebenen Eiweißkörper des Leberbreis enthalten mußte.

Eine Probe des Filtrats ergab nach Sättigung mit Kochsalz eine geringe Fällung von Globulin.

Eine zweite Probe wurde mit Ammonsulfat halbgesättigt; auch hier entstand eine geringe Fällung, die nur auf Globulin bezogen werden konnte.

In derselben Probe wurde durch weiteres Hinzufügen von Ammonsulfat bis zur Ganzsättigung ein sehr reichlicher Niederschlag erzeugt, der jedenfalls der Hauptsache nach Albumin darstellte.

Eine dritte Probe wurde erst gekocht und von der in reicher Menge entstandenen Fällung genuiner Eiweiße (Albumin und Globulin) durch Filtration befreit. Das klare Filtrat gab nach Sättigung mit Ammonsulfat nunmehr nur noch eine schwache Trübung, die nur aus Albumosen bestehen konnte, da sie durch Hitze nicht gerann. Außerdem gab das Filtrat die für Albumosen charakteristische violette Nüance der Biuretreaktion.

Demnach enthielt der wässerige Auszug des Leberbreis neben Spuren von Albumosen viel Albumin und wenig Globulin.

Derselbe reagierte äußerst schwach sauer, fast neutral. Die Trübung beim allmählichen Erhitzen begann bei 65°, eine eigentliche Gerinnung erst bei 80°; sie war erst bei 100° vollständig.

Da der Hauptbestandteil des wässerigen Leberextraktes sich als

Digitized by Google

Albumin erwiesen hatte, so mußte speziell die rein gewonnene Albuminlösung jetzt auf ihr Verhalten zum Silbernitrat geprüft werden.

Die zu erwartende Fällung derselben durch Argentum nitricum zeigte sich indessen nicht, was aber bei der gleichzeitigen Anwesenheit einer großen Menge Kochsalz erklärlich war. Das Filtrat wurde daher der Dialyse unterworfen und in der Tat zeigte das Dialysat nach der Entfernung des Kochsalzes eine ziemlich starke Fällung durch Silbernitrat.

Zur mikroskopischen Prüfung der Färbbarkeit der verschiedenen Eiweiße verwandte ich folgende Niederschläge, die aus dem klaren Filtrat der gemeinsamen Wassermischung erhalten wurden.

Zehn Kubikzentimeter desselben, mit Kochsalz übersättigt, lieferten eine starke und leicht abfiltrierbare Trübung von Globulin, die auf dem Filter mit konzentrierter Kochsalzlösung gewaschen und dann auf Objektträger gestrichen und angetrocknet wurde.

Das albuminhaltige Filtrat wurde sodann gekocht, das Koagulum abfiltriert, mit Wasser gewaschen, um es von Albumosen zu befreien, und das so erhaltene Albumin auf Objektträger ausgestrichen und getrocknet.

Das Filtrat aus dem letzteren Prozeß endlich wurde zur Fällung der Albumosen mit Ammonsulfat gesättigt, die entstandene schwache Trübung durch Zentrifugieren gesammelt und — allerdings mit Ammonsulfat verunreinigt — auf Objektträgern angetrocknet. Da die Albumosen dabei stärker am Glase haften als die entstehenden Ammonsulfatkristalle, gelingt es mit einiger Vorsicht, durch Abspülen mit Wasser ein nahezu salzfreies Albumosepräparat zu gewinnen.

Die färberische Analyse der so gewonnenen Ausstrichpräparate hatte besonders auf drei Fragen Rücksicht zu nehmen, auf saure und alkalische Reaktion, auf Sauerstoffgehalt und Reduktionswirkung und auf die Affinität zum Silber. Die folgende Tabelle gibt sowohl hierüber Aufschluß[1]) wie auch über das Vorhandensein von Zytose, Nuklein, Globulin und oxyphiler Zellsubstanz.

	Kaliper-manganat	Rongalit-weiß	Methylen-blau	Pyronin + Methylgrün	Eosin	Hämatein + Alaun	Arg. nitr., Natriumhydrosulfit	Arg. nitr., NaCl., Natriumhydrosulfit
Albumin . .	++	0	s. schwach	0	stark	0	+	0
Globulin . .	++	0	spurweise	0	schwach	0	fast 0	0
Albumosen .	+	0	0	0	0	0	0	0

[1]) ++ bedeutet starke, + schwache, 0 mangelnde Reaktion.

Digitized by Google

Das wichtigste Resultat der Tabelle ist die positive Reaktion mit Kalipermanganat; alle drei Eiweiße reduzieren und wie die folgende Spalte zeigt, ist keins imstande, Kongalitweiß zu bläuen, d. h. zu oxydieren. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist die mangelnde Färbbarkeit für basische Farbstoffe (Methylenblau, Methylgrün, Pyronin). Dagegen haftet die saure Farbe Eosin stark am Albumin, viel schwächer am Globulin. Damit ist ausgeschlossen, daß es sich bei dem Eiweiß dieses wässerigen Leberextraktes um die bekannten sauren Zelleiweiße: Zytose, Nuklein oder das Globulin der Kernkörperchen handelt. Das Vorhandensein von oxyphilen (basischen) Zellsubstanzen andererseits wird durch die mangelnde Affinität zum Hämatein + Alaun ebenfalls ausgeschlossen. Interessant ist ferner die Tatsache, daß eigentlich nur das Albumin eine merkliche Verwandtschaft zum Silbernitrat erkennen läßt und daß die Verbindung beider (siehe letzte Spalte) sich in NaCl-Lösung auflöst.

Fassen wir das Resultat dieser Farbenanalyse des Wasserextraktes zusammen, so handelt es sich um nicht tingible, also tinktoriell völlig neutrale, aber reduzierende Eiweiße. Hier haben wir also in positivem Sinne die Bestätigung der oben erwiesenen negativen Tatsache, daß es wasserlösliche Eiweiße im Gewebe gibt, die zu reduzieren vermögen, aber keinem der bekannten tingibeln Zelleiweiße entsprechen. Es fragt sich nun, ob diese so charakterisierten Eiweiße dieselben sind, welche durch Silbersalpeter dem Gewebe entzogen werden. Zu diesem Zwecke versuchte ich, den Eiweißgehalt der Silbermischung näher zu bestimmen.

B. Silbermischung.

Von der Mischung von Leberbrei mit Silbernitrat interessierte hauptsächlich der bei der Filtration übrigbleibende, silber- und eiweißhaltige Rückstand, da das Filtrat, wie die darauf gerichtete Untersuchung zeigte, lediglich etwas überschüssiges Silbernitrat, dagegen kein Eiweiß enthielt. Alles Eiweiß war somit auf dem Filter zurückgeblieben. Dieser Rückstand mußte nun sehr sorgfältig im Dunkeln mit destilliertem Wasser ausgewaschen werden, um jede Spur freien Silbernitrats zu beseitigen. Es galt sodann, das Silberalbuminat des Leberbreis mittels Kochsalz in Lösung zu bringen. Demgemäß kam die ganze ausgewaschene Masse in konzentrierte Kochsalzlösung, wo sie mehrere Stunden unter häufigem Durchschütteln verblieb, dann wurde filtriert.

Eine Probe des klaren Filtrats ergab sowohl bei Zusatz von Salpetersäure wie bei Kochen einen geringen Niederschlag; es war also tatsächlich durch das Kochsalz etwas Silberalbuminat gelöst worden und weiter sowohl durch Kochen wie durch Salpetersäure gespalten.

Digitized by Google

In eine andere Probe wurde Schwefelwasserstoff eingeleitet. Es zeigte sich zunächst keine Fällung von Schwefelsilber, sondern nur eine äußerst schwache Dunkelfärbung. Wenn man jedoch eine andere Probe erst kochte, filtrierte und in das Filtrat H_2S einleitete, so war die durch Schwefelsilber entstehende Verdunkelung stärker, zum Zeichen, daß durch das Kochen eine Abspaltung des Silbers vom Eiweiß stattgefunden hatte. Immerhin kam es nicht zu einem wirklichen Schwefelsilberniederschlag. Möglicherweise verhinderte die Anwesenheit von viel Kochsalz die Eiweiß- und Silberreaktionen. Es schien daher geraten, das Kochsalz durch Dialyse vor diesem Versuche zu entfernen. Aber bei diesem Versuche stellte sich die bemerkenswerte Tatsache heraus, daß das Kochsalz aus dieser Tripelverbindung durch Dialyse nicht zu entfernen war, wie es doch bei einfachen Lösungen von Eiweiß in Kochsalz der Fall ist. Denn das Dialysat enthielt auch nach mehrtägigem Dialysieren noch erhebliche Kochsalzmengen. Offenbar bildet der Kochsalz + Silber + Eiweiß-Komplex eine sehr feste und schwer zu trennende Verbindung, aus der das Kochsalz nicht herauszudialysieren ist.

Daß im Dialysat sich wirklich Kochsalz befand, wurde dadurch nachgewiesen, daß ein Teil desselben nach Eindampfung, Veraschung und Wiederauflösung des Rückstandes eine starke Fällung von Chlorsilber mit Silbernitrat ergab.

Zur Farbenanalyse diente jenes Eiweißkoagulum, welches durch Kochen des Kochsalzextraktes aus dem Silbergemisch gewonnen war; hierzu wurde es auf Objektträger ausgestrichen, getrocknet und gefärbt. Die Präparate lieferten ein klares Ergebnis, welches mit dem der Farbenanalyse des Wasserauszugs vollkommen übereinstimmte. Die Eiweißsubstanz reduzierte Kalipermanganat, bläute Rongalitweiß nicht, färbte sich stark nur mit Eosin, sehr schwach mit Methylenblau, mit den übrigen basischen Farben (Pyronin, Methylgrün) gar nicht, ebensowenig mit Hämatein + Alaun. Bei der Behandlung mit Silbernitrat und Natriumhydrosulfit gab das Albumin eine starke, das Globulin eine schwache Schwarzfärbung, welche ausblieben, wenn die Präparate nach dem Silbernitrat mit Kochsalz behandelt wurden.

Die durch Wasser und durch Silbernitrat aus der Leber ausgezogenen Eiweiße sind mithin identisch. Ihr Hauptbestandteil ist ein basisch reagierendes (eosinophiles) Albumin, welches Kalipermanganat reduziert und starke Verwandtschaft zum Silbernitrat besitzt. Die Silberverbindung ist in noch genauer zu bestimmenden Verhältnissen in Kochsalzlösung löslich und kann in dieser löslichen Form dem Gewebe entzogen werden. Das Gewebe zeigt nach dem so herbeigeführten Verlust an Albumin noch seine sämtlichen spezifisch tingiblen Zellsubstanzen (Zytose,

Digitized by Google

Nuklein, Kernkörperchenglobulin, oxyphile Substanzen des Protoplasmas und Kernes, Spongioplasma). Es ist auch in seiner Struktur noch wohlerhalten. Folglich bildet das wasserlösliche Albumin in den Zellen und Interzellularsubstanzen keine eigenen morphologischen Strukturen, sondern nur eine von diesen Strukturen eingeschlossene Zellflüssigkeit.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

1914, 18. Jahrgang, Nr. 1.

Über Embarin, von Wilhelm Lier-Wien. Der Verfasser teilt mit, daß an der Ehrmannschen Klinik bei der Abortivbehandlung der Lues außer Salvarsan im Anfang lösliche Hg-Präparate, später unlösliche verwendet werden. Als lösliches Präparat hat sich das Embarin (Heyden) bewährt. Es enthält 3% Hg und ist eine Lösung von merkurisalizylsulfonsaurem Natrium mit $^1/_2$% Akoin. Der Hauptvorzug des Embarins besteht darin, daß es vorzüglich vertragen wird, örtlich macht es nie Beschwerden, ganz ausnahmsweise kamen einmal Allgemeinreaktionen vor: Fieber, skarlatinöse Exantheme, Übelbefinden. Die Wirkung des Embarins auf die luetischen Krankheitserscheinungen war kräftig. H. Boehme-Leipzig.

Zeitschrift für Urologie.

1914, Bd. 8, H. 10.

Beiträge zur Kenntnis und Therapie der Hydronephrose, von W. V. Simon-Breslau. Die Arbeit enthält eine Darstellung des Krankheitsbildes nach einem Material von 20 Fällen der Küttnerschen Klinik von einseitigen, meist rechtsseitigen, Hydronephrosen bei Patienten im Alter von 6 Monaten bis 67 Jahren. Die Ursache der Hydronephrose ist stets ein mechanisches Abflußhindernis des Harns in der Niere selbst bis hinunter in die Harnröhre. Sehr häufig sind diese Veränderungen angeboren. Unter den Ursachen für erworbene Hydronephrosen stehen obenan die Wanderniere, ferner Traumen und Nierensandbildung. Die Symptome sind, besonders bei den Fällen von angeborener Erkrankung, oft so geringfügig, daß erst das Auftreten einer merkbaren Geschwulst oder das Platzen des Sackes die Krankheit erkennen lassen. Sonst sind die bei vorübergehender völliger Behinderung des Abflusses anfallsweise auftretenden Schmerzen das Hauptsymptom. Eigentliche geschlossene Hydronephrosen sind offenbar sehr selten, meist fanden sich offene oder intermittierende. Bei diesen fällt der Wechsel der täglichen Urinmenge auf. Die Anzeichen der infizierten Hydronephrose sind Fieber und Trübung des Urins. Bei erheblicherem Anwachsen der Geschwulst kommen Atem-, Herz-, sowie Magen-Darm-Beschwerden vor. Für die Diagnose spielen die Methoden der funktionellen Nierendiagnostik die größte Rolle, weiterhin die Erkennung des Tumors durch Inspektion und Palpation. Für die Behandlung kommen konservative Methoden durch Massage, Bandagen usw. nur ausnahmsweise in Betracht, meist wurden konservativ-plastische Operationen und ein- oder zweizeitige Exstirpationen mit im allgemeinen günstigen Resultaten ausgeführt. Von konkomitierenden Krankheiten werden erwähnt: Arteriosklerose, serofibrinöse Peritonitis, interstitielle Nephritis, chronische Pankreatitis, Pleuritis und Abszeß auf dem Musculus iliacus.

Digitized by Google

1914, Bd. 8, H. 11.

Zur Kasuistik der Prostatakonkremente, von F. Sutter-Basel. Bei einem an Nierensteinen leidenden Patienten ließen sich durch Sondenuntersuchung der Harnröhre und durch Röntgenaufnahme Prostatasteine nachweisen. Nach perinealer Eröffnung der Harnröhre wurden mit dem scharfen Löffel leicht zehn Steinchen aus der Prostata entfernt. Die Heilung erfolgte glatt in drei Wochen. Die später durch Nephrektomie entfernten Nierensteine zeigten die gleiche chemische Zusammensetzung wie die Prostatasteine. Trotzdem ist der Verfasser von der endogenen Entstehung der Prostatakonkremente überzeugt, da sie im Röntgenbild eine auffallend symmetrische Lagerung zu beiden Seiten der Harnröhre zeigten.

Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri, von Dora Teleky-Wien. Unter „Reizblase" ist ein Zustand zu verstehen, wo bei Vorhandensein syphilitischer Symptome, vor allem bei Vermehrung der Frequenz und der Intensität des Urindranges, sowohl die Urinuntersuchung als auch die Zystoskopie normale Verhältnisse ergaben. Man fast diesen Zustand im allgemeinen als nervöses Leiden auf. Die Verfasserin beobachtete diese Blasenbeschwerden oft bei Frauen im prämenstruellen Stadium, wenn eine angeborene Retroflexio uteri vorhanden war. Bei erworbenen Retroflexionen und bei normalen Genitalbefunden waren dagegen solche Beschwerden äußerst selten. Die Zystoskopie ergab bei Vorhandensein der Beschwerden, also vor und während der Menses, den Befund einer akuten Cystitis coli oder mindestens eine Hyperämie und Schwellung des Trigonums, während in den Zwischenräumen zwischen den Menses die Blasenschleimhaut normal war. Sie sieht daher die Retroflexio und die dadurch bedingte Steigerung der physiologischen prämenstruellen Hyperämie der Blasenschleimhaut als die Ursache der Blasenbeschwerden an und weist auf die Notwendigkeit einer genauen Aufnahme des Genitalbefundes bei jedem Falle von „nervöser" Reizblase hin.

Gonokokzie der beiden Geschlechter und deren Behandlung mit polyvalenter Diplokokkenvakzine, von Pérez-Grande-Madrid. P. behandelt mit polyvalenten autogenen Vakzinen, d. h. solchen, die sämtliche bei chronischen Erkrankungen in der Harnröhre vorhandenen Bakterien enthält. H. Boehme-Leipzig.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1914, Nr. 10.

Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung, von W. Haberling. (Schluß.) Enthält die Schilderung der Weiberwirtschaft in den Heeren des 17. und 18. Jahrhunderts und der Versuche zur Besserung dieser Verhältnisse und zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten. Ferner werden sehr ausführlich die zahlreichen Verordnungen, die zur Vermeidung der Geschlechtskrankheiten in den Napoleonischen Heeren entlassen wurden, mitgeteilt. Zum Schluß werden vom Verfasser Vorschläge für die Bekämpfung der verderblichen Einflüsse des Dirnenwesens in den modernen Heeren gemacht. H. Boehme-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Erhard Riecke-Leipzig. Bearbeitet von Bettmann-Heidelberg, Bruhns-Charlottenburg, Buschke-Berlin, Ehrmann-

Digitized by Google

Wien, Grouven-Halle, Jesionek-Gießen, Meyer-Kiel, Riecke-Leipzig, Riehl-Wien, Tomaszewski-Berlin, Török-Budapest, Zumbusch-München. III. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 355 großenteils mehrfarbigen Abbildungen im Text und 23 Farbentafeln. (Jena 1914, Verlag von Gustav Fischer.) Wohl selten dürfte ein Lehrbuch den Anspruch erheben, in jeder Beziehung seine Aufgabe so prägnant und vollkommen erfüllt zu haben, als das vorliegende, das einerseits dem Studierenden eine brauchbare Stütze bei dem dermatologischen Unterricht bietet und andererseits in der Hand des praktischen Arztes ein den modernen Stand unserer Disziplin widerspiegelndes, zuverlässiges Nachschlagewerk bildet. Die Namen der Bearbeiter, welche in der dermatologischen Wissenschaft sich längst ein hervorragendes Renomee verschafft haben, sprechen für die Güte und gründliche Darstellung des Gebotenen, in dem die neuesten wissenschaftlichen Errungenschaften ausgiebig verwertet worden sind; dabei ein präziser Text, welcher alles Hypothetische und Nebensächliche vermeidet oder nur streift und eine reiche Anzahl möglichst instruktiver Abbildungen, die den Wert des Textes wesentlich erhöhen. Inhaltlich finden wir die einzelnen Hauptabschnitte von den verschiedensten Verfassern bearbeitet. Die allgemeine Dermatologie von Riehl-Wien; Ehrmann-Wien behandelt das akute und chronische Ekzem und die ihm verwandten Dermatosen, die schuppenden und knötchenartigen Erkrankungen wie Psoriasis, Pityriasis; die exfoliativen Erythrodermien und die große Lichengruppe ist von Riecke-Leipzig bearbeitet, der gleichzeitig einen anderen Abschnitt der Hornbildungen demonstriert, Bettmann-Heidelberg hat die blasenartigen Erkrankungen zum Gegenstand seiner Bearbeitung gemacht, während Zumbusch-München die Zirkulationsanomalien der Haut und Arzneiexantheme schildert. Török-Budapest behandelt die Krankheiten der Talg- und Schweißdrüsen, der Haare und Nägel, Grouven-Halle die Tuberkulose der Haut und Infektionen, Tomaszewski-Berlin die Neubildungen der Haut und Jesionek-Gießen die parasitären Hautkrankheiten. Die venerischen Krankheiten finden in Bruhns-Charlottenburg und Buschke-Berlin ihre autoritativen Darsteller, und schließlich hat es Meyer-Kiel unternommen, die Grundzüge der röntgen-therapeutischen Methodik für die dermatologische Praxis einer eingehenden Bearbeitung zu unterziehen. Es erübrigt sich auf die einzelnen Teile und ihre Beurteilung einzugehen, deren Bearbeitung nach nochmaliger Durchsicht in der dritten Auflage immer mehr den praktischen Bedürfnissen der Lernenden angepaßt ist. Das Werk muß zur ständigen Literatur eines jeden Arztes gehören. Chrzelitzer-Posen.

Abhandlungen über Salvarsan, gesammelt und herausgegeben von Paul Ehrlich. Bd. IV (München 1914, F. J. Lehmann). „Wenn die Könige bauen, haben die Kärrner zu tun", schloß Jadassohn seine ersten Mitteilungen über seine Erfahrungen mit Salvarsan. Seitdem sind vier Jahre ins Land gegangen, und, wenn man heute den vierten Band der gesammelten Abhandlungen über Salvarsan von Paul Ehrlich zur Hand nimmt, dann hat man das Gefühl, daß die Kärrner gute Arbeit getan und der König selbst nicht gerastet hat. Das letztere ist bei Paul Ehrlich eigentlich fast zu selbstverständlich, um erwähnt zu werden, und das erstere attestiert er seinen Mitarbeitern, die er in dem vorliegenden Bande fast ausschließlich zum Worte kommen läßt, während er sich mit einigen einleitenden Bemerkungen und zum Schlusse mit der Wiedergabe seines Referates auf dem internationalen medizinischen Kongreß in London im Jahre 1913 begnügt.

Aus einem scheinbar losen Aneinanderreihen von acht verschiedenen Kapiteln aus der Salvarsanfrage mit einigen, für jedes einzelne derselben besonders markanten Arbeiten formt Ehrlich in der Totalität ein deutliches Bild von dem was erreicht und erarbeitet worden ist; daß dabei noch Lücken in unserem Wissen vorhanden sind, manche Punkte

Digitized by Google

noch der Aufklärung harren, und manche Einwürfe der Salvarsangegner, deren Zahl wohl allerdings allmählich verschwindend klein geworden ist, zu wiederlegen, resp. zu entkräften sind, bleibt nicht verschwiegen.

In der Einleitung hebt Ehrlich diejenigen Punkte hervor, auf deren Klarlegung es ihm am meisten ankommt, und in deren Bearbeitung die größten Fortschritte zu verzeichnen sind. Und damit gibt er die Disposition, nach der die einzelnen Arbeiten zusammengestellt sind. Es sind dies unter anderem die Frage nach der Nützlichkeit der Anwendung konzentrierter Salvarsan-, resp. Neosalvarsanlösungen, von denen man im allgemeinen eine Reihe von Vorteilen aber keine Nachteile beobachtet hat; es ist ferner die Arbeit Milians über die Adrenalinwirkungen, der Ehrlich einen großen Wert beimißt. Dann die Erfahrungen, die über das Gelingen von Abortivkuren und über Reinfektionen gesammelt sind.

Es ist hier nicht der Platz, um die einzelnen Arbeiten, die in verschiedenen Journalen gesondert erschienen, wohl im wesentlichen hier schon besprochen worden sind, eingehender zu referieren; wir wollen nur die einzelnen Kapitel, wie sie Ehrlich zusammengefaßt hat, erwähnen, und die Resultate kurz zu würdigen versuchen.

A. „Technik, Status lymphaticus, Adrenalin." Hier handelt es sich um die Arbeiten verschiedener Verfasser, die mit geringen Modifikationen der Technik darin wetteifern, das Altsalvarsan, wie besonders das Neosalvarsan in möglichst konzentrierter Form zur Anwendung zu bringen, und die zum Teil, wie z. B. Wechselmann bestrebt sind, an Stelle der intravenösen, die subkutane Injektionsmethode wieder mehr zur Geltung zu bringen, nachdem es gelungen ist, die zur völligen Lösung des Mittels notwendigen Flüssigkeitsmengen auf ein äußerst geringes Maß zu beschränken. Der extremste Vertreter dieser Richtung ist Alexandrescu Derska, welcher 0,6 Neosalvarsan in 1—2 ccm destillierten Wasser gelöst, intravenös injizierte und nach seinen Mitteilungen niemals irgend einen Unfall beobachten konnte. Andere Verfasser, die hier zu Worte kommen, haben Lösungen in Konzentration von 1% bis 0,9 : 10,0 ccm in Anwendung gebracht. Diese Verfasser: Zimmern, Dreyfus, Stern (der die Prioritätsrechte für sich in Anspruch nimmt), Duhot, Katz, Frühwald, Kerl. v. Schubert, Wechselmann, Schreiber, Fabry und Kall, betonen die Vorteile der konzentrierten Lösungen, welche in der Zeitersparnis, der Vereinfachung des Instrumentariums, der geringeren Flüssigkeitszufuhr und geringeren Belastung des Kreislaufs, in der weniger erheblichen psychischen Beeinflussung des Patienten liegen und erwähnen als Nachteile, daß sehr hoch konzentrierte Lösungen die Venenwandungen schädigen und beim Hineingeraten in das perivaskuläre Gewebe (bei eventueller Durchstoßung der Venenwand) sehr schmerzhafte Infiltrate verursachen können. Ob die Wirkung der Injektionen, bei denen das As jedenfalls langsamer ausgeschieden wird als bei den Infusionen, und infolgedessen mehr eine Art Depotwirkung zustande kommt, wirklich intensiver ist, als diejenige der Iufusionen, darüber ist noch keine Einigung erzielt; jedoch scheint es sicher, daß man den Nieren bei intravenösen Neosalvarsaninjektionen die größte Aufmerksamkeit zuwenden muß.

Rindfleisch, der zwei Todesfälle unmittelbar nach intravenösen Neosalvarsaninjektionen mitteilt, betont, daß er in den beiden Fällen bei der Sektion einen ausgesprochenen Status thymo-lymphaticus gefunden hätte, und er sieht in diesem Befunde den Grund für den unglücklichen Ausgang, und warnt vor Anwendung des Salvarsans bei derartigen Individuen.

Den Schluß des ersten Abschnittes bildet die Arbeit Milians über Adrenalinwirkung; Milian betrachtet das Adrenalin direkt als Antagonisten für das Salvarsan, dessen bisweilen schädliche Wirkungen er auf seine vosodilatatorischen Eigenschaften schiebt. Er glaubt, daß man bei Individuen, die gegen Salvarsan überempfindlich (anaphylaktisch)

Digitized by Google

sind, durch vorhergehende Adrenalininjektionen üblen Zufällen vorbeugen und, wenn solche — besonders eine Encephalitis hämorrhagica — eintreten, die unheilvollen Folgen derselben dann noch abwenden könne, wenn man Adrenalininjektionen, die mit ihrer vasokonstriktorischen Kraft als Gegenmittel wirkten, geben würde. Auch Ehrlich selbst verspricht sich von Adrenalininjektionen für die Encephalitis hämorrhagica — dieser unangenehmsten Folgeerscheinung von Salvarsaninjektionen —, gute Erfolge, und teilt mit, daß ihm neuerdings drei Fälle berichtet worden sind, in denen sich die Adrenalinmedikation in solchen Situationen bewährt hat.

Der Abschnitt B. bringt in den meist bereits bekannten Arbeiten von Ida Schönberger, Berger, Spietschka, Kraus, Riebes, Fabry und Scholtz Zusammenstellungen der Resultate der Salvarsantherapie am großen Material (ob die etwas gewaltsame Behandlungsmethode von Scholtz trotz der mitgeheilten guten Resultate sich einbürgern wird, darf wohl bezweifelt werden; in der von Scholtz vorgeschlagenen Ausdehnung wird sie nur an sehr gut situierten Krankenanstalten oder bei den allerobersten Zehntausend durchführbar sein [d. Ref.]).

Der folgende dritte Abschnitt enthält die Mitteilungen von Müller-Mainz, Frühwald, Lier und Kerl über die Chancen einer Abortivbehandlung der Syphilis durch Salvarsan im primären oder ganz frühen sekundären Stadium; daß diese Chancen am besten sind, wenn es gelingt, die Therapie nach sichergestellter Diagnose bei noch negativer WR einzuleiten, liegt klar zutage, und wird immer von neuem bestätigt; eine Hauptbedingung für das Gelingen scheint die Zerstörung des Primäraffektes durch Exzision oder Pacquelinätzung zu sein.

Im engsten Zusammenhange mit dieser Gruppe von hochinteressänten Arbeiten, steht der nächstē Abschnitt D. über „Reinfektion"; hier ist besonders die Arbeit Gennerichs von grundlegender Bedeutung, derselbe hat an einem sehr großen und für die Beobachtung besonders geeignetem Material seine Studien machen können. Da er in der Lage ist, wieder eine neue Serie gut beobachteter, einwandfreier Reinfektionen mit ihren Krankengeschichten publizieren zu können, so kommt er zu einem für die Frage der Abortivbehandlung der Syphilis durch Salvarsan sehr günstigen Ergebnis. Er betont — wie Kall im Abschnitt A. — die Wichtigkeit der provokatorischen Salvarsaninjektionen zur Feststellung der Heilung; Kall fordert übrigens nicht nur die WR in ihrer ursprünglichen Gestalt, sondern auch die Sternsche Modifikation ehe er ein negatives Resultat gelten läßt.

Ein ganz spezielles Kapitel, nämlich „Salvarsan und Nervensystem" behandeln die im Abschnitt E. gesammelten Arbeiten. In der ersten derselben weist Doinikow nach, daß bei gesunden Kaninchen auch nach lang fortgesetzter Einverleibung von Salvarsandosen, die weniger in der Einzeldosis als in der Summe das vielfache der therapeutisch angewandten Dosen darstellen, keine Veränderung im Nervensystem zu finden und kein As nachweisbar war. Es folgen die Arbeiten von Mattauschek, der den Nutzen der Salvarsantherapie bei Erkrankungen des Zentralnervensystems bespricht, und diejenigen von Jeanselme, Vernes und Bloch und von Altmann und Dreyfus, welche ebenfalls diesen Punkt behandeln und außerdem auf die Notwendigkeit hinweisen, den Liquor eines jeden Syphilitikers, besonders auch im Frühstadium, zu untersuchen; denn 1. entwickelt sich viel häufiger als man bisher annahm schon im frühen Sekundärstadium oder noch früher eine schwere meningo-nervöse Syphilose, die klinisch nicht erkennbar ist; und 2. können in den Meningen virulente Herde existieren, die einen Resistenzpunkt für die Behandlung bilden. Die Frage der Hirndruckerhöhung bei Syphilis nach Salvarsaninfusionen wird von Spiethoff angeschnitten, und Müller-Metz berichtet über einen höchst eigenartigen Fall von „Vasocommotio cerebri". Nach einer Arbeit

Digitized by Google

von Swift und Ellis, deren Resümee darin gipfelt, daß jeder Fall von Nervenlues individuell behandelt werden müsse, aber in jedem Falle so lange bis der Liquor dauernd zur Norm gebracht worden sei, kommen die Arbeiten Noguchis über seine Spirochätenbefunde bei Paralyse und Tabes an die Reihe; derselbe fand Spirochäten besonders an den motorischen Zentren, und zwar häufiger und zahlreicher an der Hirnrinde als in der weißen Substanz, selten in der Nähe von Blutgefäßen und fast niemals in den Gefäßwandungen, was eine Zuführung therapeutischer Agentien sehr erschwert. Im Anschluß an die Demonstration eines Noguchischen Präparates spricht Ehrlich seine Anschauungen über das Zustandekommen der Paralyse aus; er glaubt, daß wir es zu tun haben mit Spirochäten, die vielleicht biologisch von den andern verschieden und möglicherweise Salvarsanfest sind; er ermutigt zu immer neuen Versuchen mit neuen As-Präparaten und deutet sehr geistreich die Remissionen als spirillloytische Zeiten. Räke, der dann zum Worte kommt, mahnt dringend bei Tabes und Paralyse, die Flinte nicht ins Korn zu werfen, sondern mit Salvarsan, eventuell kombiniert mit Hg, d. h. besser noch als nebeneinander, zu behandeln, da nach seinen Erfahrungen schon bedeutende Fortschritte erzielt seien und noch erzielt werden würden.

In den Arbeiten des Abschnittes F. über „Nebenwirkungen und Todesfälle", bringen Wahle, Fuchs und Król Mitteilungen über eigenartig verlaufene Fälle mit zum Teil tödlichem Ausgange, ohne daß man einen sicheren Anhalt für den unglücklichen Verlauf hatte und hier leider noch wie vor einem Rätsel steht.

Quasi im Anhange folgen dann Arbeiten von Benario (Abschnitt G.) über Diabetes insipidus und dessen Behandlung mit Salvarsan, sowie Vermutungen über den Ursprungsherd dieser immer noch rätselhaften Krankheit.

Anschließend umfaßt Abschnitt H. Arbeiten von Gerber über die lokalen Spirochätenerkrankungen und speziell über die Behandlung derselben mit Salvarsan bei Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen. Arbeiten, die bei der Gründlichkeit, mit der der Verfasser dieses Kapitel während der ganzen Salvarsanära bearbeitet hat, viel Lesenswertes bringen. Ebenso sind die Mitteilungen von Bätge über Neosalvarsanbehandlung der Malaria und von Mokrzecki über Milzbrandbehandlungen mit Salvarsan von allgemeinem Interesse; nach Bätges Erfahrungen bewährte sich das Salvarsan besonders bei der Tertiana, während es bei der Quartana und Tropika häufig im Stiche läßt; und Mokrzecki publiziert einen Fall von Milzbrand, der durch eine intravenöse Salvarsaninjektion von 0,6 trotz schlechten Allgemeinbefindens geheilt wurde.

Das Schlußwort bildet das bekannte Referat Ehrlichs auf dem internationalen Kongreß in London 1913, in dem er die bisherigen Ergebnisse — Erfolge und Mißerfolge, Heilungen und Todesfälle, klinische Erfahrungen und Tierexperimente — zusammenfaßt. Trotzdem sein großes Ziel der Sterilisatio magna noch nicht erreicht ist, so sieht er sich doch der Verwirklichung seiner Hoffnungen, der Syphilis Herr zu werden, durch die vier Jahre lang fortgesetzten planmäßigen Arbeiten so vieler Mitarbeiter an großen Instituten um vieles näher und gibt der Hoffnung Raum, daß das Ziel definitiv erreicht wird. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Der heutige Stand unserer Kenntnisse über das Wesen der Wassermannschen Reaktion, von Fritz M. Meyer-Berlin. (Charitéann., 36. Jahrg.) Unsere Kenntnisse

Digitized by Google

über das Wesen der Wassermannschen Reaktion haben mit der zunehmenden praktischen Verwertung dieser Reaktion nicht gleichen Schritt gehalten, das zeigen auch die zahlreichen von den verschiedensten Forschern aufgestellten Theorien, von denen bislang indessen keine das Rätsel der genannten Reaktion zu lösen vermochte, wenn sie auch manche Erscheinungen unserem Verständnis nähergebracht haben. Verfasser bespricht die verschiedenen Theorien kritisch und schließt sich in der Auffassung über das Wesen der Wassermannschen Reaktion denjenigen Verfassern an, welche das Zustandekommen der Reaktion von einer unspezifischen und einer spezifischen Reaktionskomponente abhängig machen, wobei die Natur der ersteren zunächst noch dahingestellt bleiben muß. Die Existenz einer spezifischen Komponente glaubt Verfasser durch die größere Wirksamkeit syphilitischer Organextrakte gegenüber Extrakten aus normalen Organen, sowie durch die Versuche von Citron und Munk sowie Blumenthal (Erzeugung positiver Wassermannscher Reaktion beim Kaninchen durch Verimpfung wässeriger Organextrakte), Versuche, denen indessen meines Erachtens nichts weniger als eine absolute Beweiskraft zukommt, bewiesen. Graetz-Hamburg.

Bemerkungen zur Wassermannschen Reaktion, von B. A. Thomas und R. H. Ivy-Philadelphia. (Am. J. m. sc., Juli 1914.) Verfasser haben, um die Verwendung eines Überschusses an Komplement zu vermeiden ein Titrationsverfahren ausgearbeitet, nach welchem sie vor der Anstellung der eigentlichen Serumreaktion die Komplementmenge bestimmen, welche bei Verwendung von 0,1 ccm Normalserum eine vollständige Hämolyse von Hammelblutkörperchen mit einem konstanten Ambozeptor bewirkt. Wegen der Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Den Gebrauch von Cholesterin zur Herstellung des Antigens verwerfen sie; sie fanden vielmehr, daß der Auszug einer syphilitischen Leber entschieden die zuverlässigsten Resultate liefert. Im übrigen plädieren sie für Aufstellung einer allgemein einzuführenden Norm für die Beurteilung der Resultate der Syphilisreaktion. Philippi-Salzschlirf.

Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Präzipitationsmethoden, von Porges-Wien. (Beitr. z. Klin. d. Infekt. Krkh., 1914, Bd. 2, H. 2.) Die hierher gehörigen Erscheinungen lassen sich in vier Gruppen scheiden, obwohl sie im wesentlichen identisch sind. Die erste Gruppe betrifft die von Fornet und Schereschefsky beobachtete gegenseitige Fällung der Sera von syphilitischen und metasyphilitischen Affektionen. Die zweite Art behandelt die zuerst von Michaelis beschriebene Präzipitation im Gemenge von Extrakt und Syphilisserum. Die dritte Kategorie umfaßt die von Porges und seinen Mitarbeitern, z. B. Herman und Perutz, angegebenen Flockungsreaktionen von Syphilisserum und Suspensionen gewisser Lipoide. Die vierte Erscheinung ist das von Klausner gefundene Ausflockungsphänomen bei Verdünungen des syphilitischen Serums mit destilliertem Wasser. Es sei sicher auf diesem Wege eine praktisch brauchbare, leicht ausführbare, serodiagnostische Methode der Syphilis zu erwarten.

Junghans-Dresden.

Hat die positive Wassermannsche Reaktion absoluten Wert? von J. Nicolas und J. Gaté. (Lyon méd., 1914, Nr. 16.) Verfasser haben bei Nichtsyphilitikern in 39% positive Wassermannsche Reaktion gefunden. Deshalb sind sie der Ansicht, daß die positive Reaktion nicht absolut für Syphilis spreche, sondern daß sie auch bei anderen Krankheiten, ja bei Gesunden, vorkommen könne. Zu diesen Krankheiten gehören aber nicht nur seltenere oder leicht eruierbare, wie z. B. Lepra oder Scharlach. Verfasser gehen sogar so weit zu behaupten, daß ein konstant positiver Wassermann nicht absolut sicher Syphilis anzeige. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Zweijährige Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von F. Wesener-Aachen. (M. m. W., 1913, Nr. 33.) Im Verlaufe von etwa zwei Jahren hat W. von 249 Patienten Blutproben je an zwei staatliche serologische Institute zur Ausführung der Wassermannschen Reaktion eingeschickt, und er hat außerdem dieselben selber nach der Vorschrift von Dungerns geprüft. Die Ergebnisse der serologischen Untersuchungen sind durchaus nicht in allen Fällen übereinstimmend ausgefallen, vielmehr lauteten die von den beiden Instituten eingeschickten Berichte bei 24 dieser 249 Prüfungen, also in 9,6% der Fälle, diametral entgegengesetzt, und kleinere Abweichungen waren bei 18% zu verzeichnen. Unter den 24 Fällen mit widersprechendem serologischen Untersuchungsresultat fanden sich 12 Patienten, bei denen sicher Lues früher bestanden hatte, und ebenso viele, bei denen eine Infektion mit fast völliger Sicherheit auszuschließen war. Dabei ist zu bemerken, daß eine Mitteilung über klinische Symptome nur bei den zuerst eingeschickten Proben erfolgte, bei der großen Mehrzahl der Untersuchungen dagegen unterblieb, um keinerlei Beeinflussung des serologischen Urteils obwalten zu lassen. Demgemäß erklärt Verfasser das Ergebnis der Reaktion nicht für eine absolute Indikation zu therapeutischen Eingriffen oder, bei negativem Ausfall, für einen vollgültigen Beweis des Gesundseins. Mit dem v. Dungernschen Verfahren hatte er im allgemeinen recht gut übereinstimmende Resultate. Philippi-Salzschlirf.

Beobachtungen an 1500 Wassermannschen Reaktionen, von Massia. (Lyon méd., 1914, Nr. 16.) Die Wassermannsche Reaktion ist ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose der Syphilis. Doch ist sie nicht absolut sicher und muß daher vom Kliniker erst interpretiert werden. R. Frühwald-Leipzig.

Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von E. J. Mc Weeney. (Dublin J., Juli 1914.) Allgemeine Besprechung des Wesens und der Resultate der Wassermannschen Reaktion. R. Frühwald-Leipzig.

Die praktische Bedeutung der quantitativen Wassermannschen Reaktion für die Behandlung der Syphilis, von F. Lesser-Berlin. (M. m. W., 1914, Nr. 2.) Verfasser plädiert für die häufigere Anwendung der Wassermannschen Reaktion und für genauere Bestimmung der Intensität derselben. Er weist auf den großen Vorteil hin, den die Methode zum Nachweise eines erzielten Erfolges resp. eines Mißerfolges der jeweilig eingeleiteten Therapie gewährt, indem man z. B. über eine etwaige Arsenfestigkeit oder andere spezielle Resistenzfähigkeit der Spirochäten bei einem gegebenen Fall Aufschluß erhält. Es sei viel richtiger, die Bemühung der häufigeren Serumprüfung auf sich zu nehmen, als das Risiko zu laufen, daß man eine langwierige Behandlung erfolglos durchführe. Bei der quantitativen Auswertung der Reaktion wird zu eruieren sein: 1. wie stark die Anhäufung der Reagine im Patientenserum ist, d. h., man stellt die WR mit fallenden Mengen von Patientenserum an, oder 2. eine wie geringe Menge Organextrakt genügt, um beim Zusammentreffen mit einer konstanten Menge Patientenserum eine bestimmte Menge Komplement zu binden, d. h. man führt die WR mit fallenden Mengen von Organextrakt (für den L. besonders seinen ätherischen Auszug empfieht) aus, oder 3. eine wie große Menge Komplement bei Verwendung von konstanten Mengen Patientenserum und Organextrakt gebunden werden kann, d. h. man stellt die WR mit steigenden Mengen Komplements an. Am zweckmäßigsten erwiesen sich die Verfahren 1 und 3. Tabellarisch legt Verfasser das konstante Mengenverhältnis von Patientenserum und Komplement dar. In der Regel führte er seine vergleichenden Serien in der Weise aus, daß er die geringste Menge Patientenserum ermittelte, die bei Verwendung von 0,5 Komplement und 0,5 Organextrakt gerade komplette oder partielle Hämolyse gibt. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Der Einfluß der antisyphilitischen Behandlung auf die Wassermannsche Reaktion, von Camille Moreau. (Acad. de méd. belg., 29. Nov. und 27. Dez. 1913.) A. Morelle und R. Bruynoghe fanden, daß die Anwendung des Alt- und Neosalvarsans vom klinischen Standpunkte aus den alten Methoden sehr überlegen ist und daß auch die Wassermannsche Reaktion besser durch die arsenhaltigen Mittel als durch Quecksilber beeinflußt wird, obwohl sie selten dauernd negativ bleibt. Dies muß entweder unsere Ansicht vom Werte der Wassermannschen Reaktion modifizieren oder es ist ein Beweis, daß das Salvarsan eine weniger kurative Wirkung hat, als man bisher annahm. A. Gunsett-Straßburg.

Neue Beobachtungen über die Wassermannsche Reaktion und die therapeutische Salvarsanwirkung bei hereditärer Syphilis, von Enrico Mensi-Turin. (Riforma med., 1913, Nr. 45.) Verfasser berichtet an der Hand von 22 im Turiner Findelhaus gemachten Beobachtungen und kann dabei feststellen, daß die Wassermannsche Reaktion ein sicherer Beweis von aktiver Syphilis bildet, daß weiter nach Injektion von Salvarsan ein Übergang des positiven zum negativen Wassermann stattfindet. Für besonders wichtig und nötig erachtet Verfasser infolge der nahen Beziehungen von hereditärer Syphilis und Tuberkulose bei Säuglingen die stets vorzunehmende gleichzeitige Prüfung der Reaktion auf Syphilis und Tuberkulose und zwar um so mehr, als nach den letzten Forschungen syphilitische Kinder besser und schneller auf Tuberkulose reagieren als tuberkulöse Kinder. E. Rossen-Wiesbaden.

Die Wassermannsche Reaktion als Indikator bei der Therapie der Syphilis, von Hugo Hecht-Prag. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 23.) Die WR kann bei genauer Indikationsstellung wertvolle Hinweise in therapeutischer Beziehung liefern, nur muß man sich vor Verallgemeinerung hüten und darf nicht mehr verlangen, als eine biologische Methode leisten kann. Bei primärer Syphilis ergibt die noch negative WR die Indikation für eine Abortivbehandlung, denn in diesem Stadium sind die Aussichten für einen Erfolg die besten. Bei florider sekundärer Syphilis kann uns die WR bezüglich der einzuschlagenden Behandlung nichts oder wenig nutzen. Dagegen kann sie uns im Latenzstadium unstreitig gute Dienste leisten. Im Spätlatenzstadium hängt der Ausfall der WR von dem Alter der Erkrankung und der früheren Behandlung ab. Je längere Zeit seit der Infektion verstrichen ist, je gründlicher die Behandlung war, desto eher ist negative WR zu erwarten. Natürlich kann es auch vorkommen, daß ein Latentluetischer jahrelang positive WR hat und zeitlebens frei von Symptomen bleibt. Jedenfalls aber kann ein Versuch zur Umwandlung der positiven WR nichts schaden. Eine wichtige Rolle fällt der WR bei der provokatorischen Salvarsaninjektion zu.

G. Heymann-Elbing.

Bleimeningitis und Wassermannsche Reaktion, von Oettinger, P. L. Marie und Baron. (Bull. méd., 1914, Nr. 16.) Ein Mann mit typischer Bleivergiftung hatte positiven Wassermann im Blute und im Liquor; im letzteren auch Lymphozytose und Hyperalbuminose. Alle die genannten Erscheinungen schwanden mit den klinischen Symptomen des Saturnismus. R. Frühwald-Leipzig.

Die Wassermannsche Reaktion beim Neugeborenen und beim Säugling, von Edm. Roux. (Thèse de Montpellier, 1913.) Wie beim Erwachsenen kann auch bei Säuglingen bei negativem Ausfall der Wassermannschen Reaktion Lues nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ein positiver Ausfall der Reaktion spricht nur mit großer Wahrscheinlichkeit für Lues, wenn er in den ersten 14 Tagen des Lebens beobachtet wird, kann aber als ein sicheres Zeichen für das Bestehen einer Lues nach diesem Zeitpunkt betrachtet werden. Ist bei einem Kind mit Lähmungserscheinungen unbekannter Ätiologie die Reaktion im Blute negativ, so soll man auch noch eine solche mit Lumbalflüssigkeit

Digitized by Google

machen, da die Ergebnisse mit beiden Flüssigkeiten nicht unbedingt die gleichen sein müssen. F. Loeb-München.

Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge, von Alois Epstein. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 45.) Die Wassermannsche Reaktion wird in Anstalten, welche, sei es ausschließlich oder teilweise, der Säuglingsfürsorge dienen, nicht lediglich zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ausgeführt, sondern zu dem sozialhygienischen Hauptzwecke, die Übertragung der Syphilis von Anstaltskindern auf fremde Personen oder auch von einer Amme bzw. Pflegerin auf das Kind zu verhüten. Durch einen Erlaß des Landesausschusses des Königreichs Böhmen vom 24. April 1912 wurde die obligate Vornahme der Blutuntersuchung in solchen Anstalten angeordnet. In 17 Monaten hat Verfasser 1497 Kinder und 1306 Mütter aufgenommen; die Zahl der vorgenommenen WR betrug 3691, wovon 2299 auf Kinder, 1392 auf Mütter entfallen. Die WR muß, wenn irgend möglich, bei Mutter und Kind vorgenommen werden. Statistisch verarbeitet ist erst das Material der ersten zwei Monate: Unter 198 Müttern reagierten positiv 20 (10%), unter 236 Kindern der ersten Lebenswochen reagierten positiv 8 (3,3%). Schon hieraus ergibt sich die Notwendigkeit der WR für die Zwecke der Säuglingsfürsorge. Dabei beansprucht die Anamnese und die genaueste klinische Untersuchung von Mutter und Kind ihre alte unverkürzte Wichtigkeit und darf auch bei einem etwaigen negativen Ergebnis der serologischen Untersuchung nicht hintangesetzt werden. G. Heymann-Elbing.

Syphilis und Wassermannsche Reaktion bei den Findelsäuglingen, von Marcus Rabinowitsch-Charkow. (Zbl. f. Bakt., 1913, Bd. 72, H. 4—5.) Die russische Sitte, die Findelkinder in ausgedehntem Maße aus den Findelhäusern in private Pflege, namentlich auf die Dörfer zu geben, hat nach allgemeiner Ansicht zu einer ganz außerordentlichen Verbreitung der Syphilis in Rußland beigetragen. Um nun ein genaueres Urteil über diesen Übertragungsmodus sowohl als auch eine Reihe anderer Fragen aus dem Gebiete Säugling und Syphilis zu gewinnen, hat Verfasser eine Reihe von Untersuchungen angestellt, die zu dem Ergebnis führten, daß die kongenitale Syphilisinfektion — eine germinative gibt es nach R. nicht — nur auf plazentarem Wege, aber in gleicher Weise von der Mutter wie vom Vater (durch die Mutter) erfolgen kann. Sämtliche Mütter syphilitischer Kinder, wie auch sämtliche Kinder syphilitischer Mütter sind syphilitisch, wie sich durch eine zu entsprechender Zeit ausgeführte WR nachweisen läßt. Die Zahl der positiven WR bei den Säuglingen wächst mit dem Alter, da die Säuglingssera in den ersten Lebenswochen einerseits einen Mangel an Komplement und Ambozeptor, andererseits eine starke Vermehrung der die Komplementbindung hemmenden Stoffe aufweisen. Daher reagieren „aktive" Sera der Säuglinge schon zu einer Zeit positiv, wo die „inaktivierten" noch eine negative Reaktion zeigen. Im Interesse der Syphilisbekämpfung muß daher bei negativ reagierenden Säuglingen die Reaktion auch mit aktivem Serum mehrfach wiederholt werden; Findelsäuglinge sind nicht an Ammen anzulegen und Ammen nicht zu verwenden, bevor bei beiden die WR ausgeführt ist.
O. Gans-Hamburg.

Wassermannsche Reaktion bei Kindern aus ärmeren Schichten, von Will. Elliott. (Glasgow J., Mai 1914.) Verfasser hat bei 130 Kindern aus armen Bevölkerungsklassen, die meist schlecht genährt waren, die Wassermannsche Reaktion angestellt; 14 gaben positives Resultat und von diesen zeigten nur vier deutliche Zeichen von Syphilis. Es sind also etwa 10—11% der Kinder von Glasgow syphilitisch, ohne daß in der Mehrzahl der Fälle ein Einfluß auf das Allgemeinbefinden nachweisbar ist.
R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Die Wassermannreaktion unter den geisteskranken Negern von Alabama, von R. Ivey. (M. Record, 18. Okt. 1913.) Unter 706 Patienten, die der Blutuntersuchung unterzogen wurden, hatten 64 an Pellagra gelitten, von denen 25 positive Reaktion zeigten. 17 Fälle von allgemeiner Lähmung gaben alle positive Reaktion. Im ganzen fanden sich 192 Kranke mit positivem Wassermann, von denen die Hälfte, 97, klinische Zeichen der Syphilis darboten. W. Lehmann-Stettin.

Reaktionsumschläge bei wiederholter Wassermann-Reaktion, von G. Seiffert und C. Rasp-München. (Arch. f. Hyg., 1913, Bd. 79, H. 6.) Die Verfasser haben in langen Versuchsreihen festzustellen gesucht, ob und inwieweit sich bei einem Serum, das zu diagnostischen Zwecken speziell bei Syphilis dienen soll, bei mehrfachen Untersuchungen und nach längerem Aufbewahren die Komplementbindungsreaktion (Wassermann, Neisser, Bruck) ändert. Es kann hier nur das Resümee der sehr gründlichen Arbeit wiedergegeben werden: 1. Frisch entnommene Sera, die eine negative Reaktion mit allen oder einzelnen Extrakten zeigen, können bei Wiederholung der Untersuchung verstärkt werden — recht häufig bis zu glatt positiver Reaktion. 2. Es handelt sich hierbei stets um sichere Luesfälle, teils sehr alte, teils ganz frische, teils behandelte. Lasch-Breslau.

Über die Verwendung großer Serumdosen zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion, von Reinhold Ledermann. (M. Kl., 1913, Nr. 50.) Ledermann hat die von Kromayer und Trinchese angenommene Methode des „verfeinerten Wassermann" nachgeprüft, und es scheint ihm zur Erhöhung des Wertes der Reaktion besonders wichtig, die Dosis der bisher üblichen Serummengen von 0,1—0,4 zu erhöhen. Unter 962 Untersuchungen mit erhöhter Dosis hat Ledermann nur einmal eine positive Reaktion bei einem Nichtsyphilitiker beobachtet. Sonst gelang es, in 173 Fällen sicherer Lues das Resultat zu klären. In 111 Fällen zweifelhafte oder schwach positive Reaktionen in starke, in 62 Fällen vollkommene negative Resultate in positive umzuwandeln. Trotzdem warnt Ledermann davor, aus dem Negativbleiben auch des verfeinerten Wassermann immer bindende Schlüsse auf Heilung zu ziehen. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über die Behandlung der merkuriellen Stomatitis mit Salvarsan im Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden, von Johan Almkvist-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, Heft 1—4, Nr. 27.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: daß Mundspirochäten ein ätiologisches Moment der merkuriellen Stomatitis bilden können, daß sie aber kein notwendiger Moment sind, indem eine merkurielle Stomatitis sich auch ohne Mundspirochäten entwickeln kann, daß im letzten Falle keine Einwirkung von einer Salvarsanbehandlung auf die Stomatitis zu erwarten ist, daß aber in den Fällen, wo die Mundspirochäten eine ätiologische Rolle spielen, Salvarsanbehandlung durch Spirochätentötung heilend auf die Stomatitis einwirken kann, daß sowohl die intravenöse wie die lokale Salvarsaninjektion auf die Stomatitis einwirken kann, manchmal die letzte kräftiger, und daß seine Beobachtungen nicht für eine Einwirkung des Salvarsans auf die Bacilli fusiformes sprechen. Chrzelitzer-Posen.

Tragbare Lichtquelle für endoskopische Instrumente, von Nicola Carraro. (Riforma med., 1914, Nr. 18.) Beschreibung des Apparates. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Verschiedenes.

Zwecks **Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten**, hat das Kriegsdepartement der nordamerikanischen Union folgendes verordnet:

Kommandierende Offiziere haben dafür zu sorgen, daß Mannschaften, welche sich der Gefahr der Ansteckung durch venerische Krankheiten aussetzen, sofort nach Rückkehr in das Lager oder in die Garnison, sich im Spital oder der Ambulanz den prophylaktischen Maßregeln zu unterwerfen haben, welche vom Generalarzt vorgeschrieben sind. Jeder Soldat, welcher diese Verordnung nicht befolgt, soll wegen Pflichtverletzung vor das Gericht gestellt werden.

Die noch immer zunehmende Verbreitung der **Pellagra** in den Vereinigten Staaten von Nordamerika zeigt sich neuestens besonders in Tennessee und Mississippi. In dem letzteren Staate wurden im Mai 1913 bloß 261 Fälle, im Mai 1914 aber 1238 Fälle gezählt.

Das Georgia State Sanitarium in Milledgeville, Ga., wurde von der nordamerikanischen Regierung als **Forschungsinstitut für Pellagra** bestimmt.

Dr. Erwin Klausner, Assistent der deutschen dermatologischen Klinik in Prag, hat sich als Privatdozent für Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

Die Oberärzte Prof. Rudolf Polland in Graz und Dr. Otto Schindler in Wien wurden zu Regimentsärzten befördert.

Dr. Leopold Arzt, Assistent der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis (Prof. Riehl) in Wien, ist als Oberarzt d. R. und Kommandant des Epidemiespitales Nr. 1 in Krakau tätig.

Geh. Med.-Rat Prof. Karl Posner in Berlin feierte am 16. Dezember den 60. Geburtstag. Die Herausgabe einer von der Zeitschrift für Urologie geplanten Festschrift mußte infolge der Kriegsereignisse unterbleiben.

Prof. Salomon Ehrmann, Vorstand der II. Syphilis-Abteilung im k. k. Allgemeinen Krankenhause in Wien, feierte am 19. Dezember den 60. Geburtstag.

Oberstabsarzt Geh. Med.-Rat Prof. August von Wassermann-Berlin, Stabsarzt Dr. Emil Meirowsky-Köln, Unterarzt Dr. Kurt Jessner, Assistent der dermatologischen Klinik in Breslau, Oberarzt Dr. Max Jessner, Assistent der dermatologischen Klinik in Bern, und Dr. Erich Wossidlo-Berlin haben das Eiserne Kreuz erhalten.

Von den in letzter Zeit an der dermatologischen Universitätsklinik zu Leipzig praktisch und literarisch tätig gewesenen Ärzten, haben das Eiserne Kreuz erhalten Dr. Arno Bellmann, Dr. Ludwig Bürger, Dr. Gustav Freytag, Dr. Rudolf Gieseler, Dr. Jakob Hörmann, Dr. Friedrich Krause, Dr. Hans Marx und Dr. Wilhelm Wolff.

Dr. August Pöhlmann, Assistent der dermatologischen Poliklinik in München, wurde als Bataillonsarzt in einem Gefechte bei Lunéville verwundet.

Dr. Sophus Engelsted, gewesener Universitätsdozent und Oberarzt am Kommune-Hospital in Kopenhagen, ist gestorben.

Hofrat Dr. Max Höfler, Kurarzt in Bad Tölz und hervorragender Forscher auf dem Gebiete der deutschen Volksmedizin, ist gestorben.

Der Urologe Dr. Friedr. Straus in Frankfurt a. M. ist gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Januar 1915 | Nr. 2 | Band 60

Aus der dermatol.-venereologischen Klinik der Kgl. Universität Sassari.

Über einen Fall von Erythema induratum Bazin.

Von

Prof. Dr. P. L. Bosellini, Direktor der Klinik.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Mit 1 Abbildung.)

Ich will durch diese wenigen Zeilen einen Beitrag zur klinischen Kenntnis des Bazinschen Erythema induratum liefern und zeigen, wie dieses mit einer Morphologie auftreten kann, die von dem bekannten klassischen Typus, mit seinen zwei morphologischen Varietäten, nämlich der einfachen entzündlich nodösen Form Bazins und der Hutchinsonschen Form mit entzündlichem nodösem, nekrotisch-ulzerösem Charakter, abweichen kann.

I. R., 19jähriges Mädchen, aus Bologna. Weist die somatischen Charaktere einer Skrofulösen auf. Es hat vor einigen Jahren eine exsudative Pleuritis durchgemacht. Gegenwärtig hat es einen unzweifelhaft spezifischen Spitzenkatarrh und hustet; es sind noch Reste der früheren Pleuritis nachweisbar. Eine Schwester von ihr hat ebenfalls an einer exsudativen Pleuritis gelitten und ist ebenfalls skrofulös.

Die gegenwärtige Dermatosis ist im Frühjahr des vorigen Jahres, also als Patientin 18 Jahre alt war, aufgetreten, und zwar in Form einer knotigen und pustulösen Eruption, die nach einem Monat spontan ausheilte und nur eine Pigmentierung ohne Infiltration hinterließ.

Im Herbste desselben Jahres zeigte die Krankheit einen neuen ziemlich lebhaften Aufschub von demselben Typus wie früher, es trat nach kurzem eine Besserung ein, die Dermatose verschwand aber nicht vollständig, sondern dauerte den ganzen Winter in Form von einer schwachen, fast schmerzlosen Infiltrierung mit wenigen Pusteln fort und erfuhr im vorigen Frühjahr plötzlich eine neue Reakutisierung, die sich nicht nur örtlich durch eine Verschlimmerung der objektiven und subjektiven (Schmerzen) Erscheinungen bemerkbar machte, sondern auch von allgemeinen Beschwerden (Unwohlsein, Kopfschmerzen, Fieber) begleitet war.

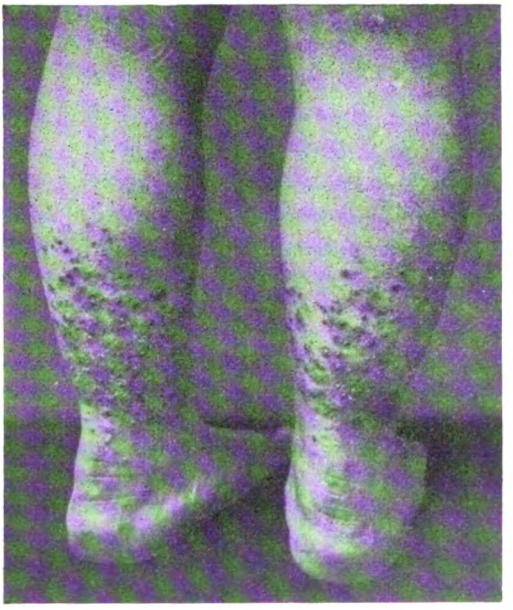
Die Dermatose hat an den unteren Gliedmaßen ihren Sitz und zwar erstreckt sie sich mit perfekter Symmetrie über das untere Drittel beider Extremitäten, wobei sie auf der hinteren Seite stärker als auf der vorderen entwickelt ist. Die Gliedmaßen erscheinen infolge der Dermatose geschwollen und verdickt; die Fußspanne ist deformiert, und die Dermatose umgibt sie gürtelartig bis zum unteren Ende der Waden hinauf.

Die Dermatose besteht aus einer entzündeten Zone, in der sich eine bläulichrote, mit einer scharlachroten Färbung abwechselt; die Oberfläche ist uneben, d. h.

Digitized by Google

sie zeigt eine Reihe von warzenartigen Erhabenheiten, die durch Furchen voneinander getrennt sind, und denen eine bedeutende, ziemlich konsistente dermo-epidermale Infiltrierung in Form von erbsen- bis haselnußgroßen, auf Druck schmerzhaften, ziemlich deutlich voneinander getrennten, knotenartigen Herden entspricht.

Auf dieser Basis sind hier und da farblose, eingesunkene Narben und Pigmentierungen sichtbar, die höchstens die Größe einer kleinen Linse erreichen. Was aber besonders auffällt, das ist eine bedeutende Menge von hirsekorn- oder hanfsamengroßen, konischen oder genabelten papulo-pustulösen Gebilden, die von einem ausgesprochenen kongestiven Vorhof umgeben und mit violetten, von Schuppen resp. Krusten bedeckten papelnähnlichen Gebilden durchmengt sind, welche das Austrocknungsstadium der pustulösen Gebilde darstellen. Dazwischen sieht man auch achromische und pigmentierte narbige Formen, die das Endstadium der obigen Gebilde darstellen. Alle genannten Elemente haben einen follikulären Sitz.



Während des Monats, in dem ich die Dermatose unter Beobachtung hielt, schien das Leiden unter dem Einflusse der Ruhe und der Emollientia keine bedeutende Besserung zu erfahren; während die präexistierenden Elemente zur Resolution übergingen, traten immer wieder neue auf.

Patientin fieberte während eines ganzen Monats; das Fieber hatte einen kontinuierlichen remittenten, jedoch etwas unregelmäßigen Charakter.

Ich machte zu diagnostischem Zwecke eine subkutane Einspritzung von Alttuberkulin, auf welche eine Temperaturerhöhung bis auf 39,5° C und eine deutliche Steigerung der Kongestion der bereits erkrankten Hautstellen und das Auftreten neuer Pusteln folgten. Die Pirquetsche Kutireaktion fiel auch positiv aus.

Ich konnte wegen der Weigerung von seiten der Patientin keine Biopsie ausführen, und mußte mich darauf beschränken, mit einem scharfen Löffel einige pustulöse Elemente so tief wie möglich auszukratzen und einen Teil des gewonnenen Materials zwei Meerschweinchen unter die Haut des Abdomens einzuimpfen. Die Untersuchung des Materials ergab in bakteriologischer Beziehung keine interessanten Daten; der Befund war sowohl auf Kochsche Bazillen wie auf sonstige Mikroorganismen negativ.

Die beiden geimpften Meerschweinchen starben nach zwei Monaten unter dem Bilde einer sehr ausgesprochenen Unterernährung und zeigten beide bei der Autopsie eine sklerotische Hepatitis.

Diese klinische Beschreibung läßt wohl ohne weiteres die Diagnose: Erythema induratum Bazin zu. Dafür sprechen genügend die verschie-

Digitized by Google

denen erwähnten Umstände, nämlich: das Geschlecht und das Alter der Patientin, das unzweifelhafte Bestehen von einer tuberkulösen Infektion, der Sitz der Dermatose, der nodöse Charakter derselben, der klinische Verlauf, das Rezidivieren des Leidens und schließlich der positive Ausfall der Kutireaktion mit Tuberkulin, als daß ich noch besondere Beweisgründe anzuführen brauche.

Interessant ist meines Erachtens der Fall, weil mit der nodösen Form eine an den Mündungen der Follikeln lokalisierte eitrige Follikulitis vergesellschaftet ist, die mit der Hebraschen Acne scrofulosorum verglichen werden kann. Es scheint in meinem Fall eine enge Beziehung zwischen der nodösen und der follikulären Form zu bestehen, weil ein genaues Nebeneinanderliegen der beiden Formen wahrzunehmen ist und unter den Pusteln stets eine dermale und dermo-epidermale Infiltration nachweisbar ist. Der Fall ist somit in doppelter Beziehung bemerkenswert, indem in der Literatur, wenigstens soviel mir bekannt ist, nur selten Fälle von Vergesellschaftung des Erythema induratum mit pustulösen Formen vorkommen und kein Fall bekannt ist, in dem die pustulösen Elemente direkt auf den knotigen ihren Sitz hatten.

Colcott Fox hat einen Fall beschrieben, in dem, während an den Beinen typische Knoten existierten, an der dorsalen Seite der Finger einer Hand einige harte, tief gelegene, bewegliche Knoten vorhanden waren, die der Haut keine Färbung verliehen und sie nicht emporhoben; diese Knoten hatten, nach Colcott Fox's Behauptung, nicht das Aussehen von rheumatischen Knoten. An den Fingern waren ferner einige kleine erbsengroße Knötchen vorhanden, von denen einige pustulös waren.

In einem von Fournier beschriebenen Falle wies das Leiden eine ulzeröse Form auf; neben Ulzerationen und Narben beobachtete man an der anteroexternen Seite beider Beine kleine, hirsekorngroße oder auch etwas größere akneähnliche Elemente, mit vesiko-pustulöser Spitze, die von den Patienten als der Ausgangspunkt der Ulzerationen angegeben wurden.

Diese sind die zwei einzigen Fälle von Vergesellschaftung des Erythema induratum mit pustulösen Formen, die ich in der dermatologischen Literatur gefunden habe; es fehlte aber in beiden das Übereinanderliegen der Elemente der beiden Formen.

Eine Vergesellschaftung des Erythema induratum mit anderen tuberkulösen Hautleiden wurde hingegen von anderen Autoren beobachtet: so, eine Vergesellschaftung mit dem Lupus vulgaris und mit der Tuberculosis verrucosa von Kanitz, Fabry, Zieler, und eine solche mit papulo-nekrotischen Tuberkulosen von Gavazzeni, Grouven, Fabry, Lier, Kren, Nobl,

Digitized by Google

Pick, Terebinsky, Riehl; mit dem Lichen scrophulosorum von Balzer und Landesmann, Möller, Zieler, Kyrle.

In meinem Fall nimmt die Vergesellschaftung der beiden Formen eine besondere Bedeutung infolge des genauen Übereinanderliegens der beiden Arten von Elementen an, denn man muß die Annahme ausschließen, daß es sich um eine reine hämatogene Aussäung von einem Virus handle, das aus unbekannten Ursachen bei einem und demselben Individuum morphologisch verschiedene Elemente erzeugt, und annehmen, daß es sich um eine Umwandlung der nodösen Elemente in pustulöse oder dieser in jene handle. Von einer derartigen Umwandlung von einer tuberkulösen Hautkrankheit in eine andre sind schon mehrere Fälle in der Literatur bekannt, und ich will hier nicht auf eine ausführliche Besprechung derselben eingehen, sondern mich mit der Besprechung der Pathogenese meines Falles beschäftigen.

In erster Linie kann man die Frage stellen, von welcher Natur sind die Pusteln meiner Patientin? Kann man an eine einfache Impetigoinfektion eines tuberkulösen Herdes durch gewöhnliche Eitererreger denken? Gegen die Annahme einer derartigen Infektion sprechen mehrere Umstände, und zwar: das Vorhandensein von Pusteln auf dem ganzen nodösen Infiltrationsfelde, das Fehlen von Pusteln auf den übrigen Hautgebieten, der ausschließliche follikuläre Sitz der Pusteln, das Rezidivieren eines und desselben akneähnlichen Typus von Elementen bei jeder Knoteneruption, das fortwährende Verschwinden von Elementen und Auftreten von neuen und schließlich der intensivere Ausbruch von Pusteln infolge der Einspritzung von Tuberkulin, und man muß annehmen, daß die Pusteln auf die tuberkulöse Infektion selbst zurückzuführen seien.

Nach dieser Feststellung drängt sich die Frage auf, ob die Pusteln auf eine Wirkung der Kochschen Bazillen oder auf eine solche seiner Toxine zurückzuführen ist. Daß der Tuberkelbazillus zuweilen eine pyogene Wirkung entfalten kann, darüber ist kein Zweifel möglich; die allgemeine Pathologie und die Hautpathologie haben es genügend bewiesen. Andererseits aber entfaltet der Kochsche Bazillus auch durch seine löslichen und unlöslichen Toxine mannigfache Wirkungen.

Die bazilläre Natur des Erythema induratum Bazin steht außer Zweifel. Dagegen ist die bazilläre Natur der Acne scrophulosorum, obwohl man heute zu dieser Annahme neigt, durchaus nicht bewiesen.

Ich habe, um wenigstens in meinem Fall Anhaltspunkte über die Pathogenese zu gewinnen, Impfungsversuche angestellt und weiter oben über deren Ergebnisse berichtet: die beiden geimpften Meerschweinchen gingen nach zwei Monaten unter dem Bilde einer starken Denutrition zugrunde und zeigten bei der Nekroskopie eine Hepatitis sclerotisans.

Digitized by Google

Bei der histologischen Untersuchung fand ich in der Leber weder tuberkulöse Knoten noch Tuberkelbazillen, dagegen aber eine Zirrhose, die in den portalen Räumen ihren Sitz hatte und die Lobuli hepatici invadierte.

Wenn es sich nun um die Bestimmung des Wertes dieses meines Befundes handelt, so beziehe ich mich auf die bekannten experimentellen Recherchen von Hanot und Gilbert und von Pilliet über die experimentelle tuberkulöse Leberzirrhose der Meerschweinchen, deren Ergebnisse mich dazu berechtigen, die Leberalterationen, die ich bei meinen Meerschweinchen fand, als tuberkulös anzusprechen. Abgesehen davon, können wir nicht den Toxinen und Endotoxinen, die aus den Tuberkelbazillen in tiefliegenden Knoten oder in viszeralen Tuberkuloseherden frei werden, die Fähigkeit absprechen, mit den erwähnten identische Läsionen hervorzurufen (Ostrowsky).

Was die Evolutionsbeziehungen zwischen den Knoten und den Pusteln anbelangt, so schien in dem Falle Fourniers die Entstehung der Pusteln derjenigen der Knoten vorauszugehen, während in meinem Falle das Umgekehrte geschah. In dieser Beziehung erinnert mein Fall an das, was ich in einem Fall von pustulöser Hauttuberkulose beobachtete, den ich bereits 1910 veröffentlichte, und in dem auf jedem lupoiden Knoten des Gesichtes follikuläre Pusteln vorhanden waren. Auf welchen pathogenetischen Mechanismus und auf welche biologischen Aktivitäten des Bazillus diese Erscheinung zurückzuführen ist, muß vorläufig dahingestellt bleiben.

Schlußfolgerungen.

Es gibt eine Form von Erythema induratum Bazin, die von eitrigen Follikulitiden begleitet ist, die ätiologisch und klinisch in strenger Beziehung zu den spezifischen Knoten stehen.

Literatur.

Colcott Fox, Brit. J. of Derm., London, 1893. — A. Fournier, Société de Derm., 1899, S. 124, Maladie de Bazin usw. — Kanitz, Sitzungsberichte d. med. Sektion d. Siebenbürg. Museumsvereins, 1908, Bd. 28, S. 162. — Fabry, Journal, n. 299. — Zieler, Würzb. Ärzteabend, 23. V. 1911; 28. XI. 1911. — Gavazzeni, Mh. f. pr. Derm., 1909, Bd. 49. — Grouven, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 100. — Fabry, Dortmund, 16. V. 1911. — Bier, W. m. W., 1913, Nr. 38. — Kren, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 98. — Nobl, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 98, S. 128. — Pick, Arch. f. Derm., 1910, Bd. 102. — Zerebinsky, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 108. — Riehl, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 90. — Balzer u. Landesmann, Société dermat. franç., 1903. — Möller, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97. — Kyrle, Arch. f. Derm., 1909, Bd. 96. — Bosellini, Giorn. ital. delle mal. vener., 1910.

Digitized by Google

Die Wirkung des Höllensteins.

Von

P. G. Unna.

I.

(Fortsetzung und Schluß.)

Wenn die mitgeteilten Untersuchungen den Mechanismus der Ätzung mit Silbernitrat wohl etwas geklärt haben, so verhehle ich mir durchaus nicht, daß man sie keineswegs bereits auf die in praxi vorkommenden Fälle ohne weiteres übertragen kann. Vor allem liegen hier die Verhältnisse so, daß an der Haut viel stärkere Konzentrationen des Höllensteins als 1 % in Betracht kommen, z. B. Pinselungen mit dem 5 % igen Spiritus argenti oder Tuschierungen mit dem Höllensteinstift. Andererseits verfügt der Organismus nur über eine sehr schwache 0,8 % ige Kochsalzlösung, während es sich herausgestellt hat, daß das gebildete Silberalbuminat den Schnitten rasch und vollkommen nur durch starke NaCl-Lösung entzogen werden kann, viel langsamer und unvollkommen durch schwache Lösungen. Während wohl sicher die chemischen Umsetzungen im Gewebe auch unter diesen praktisch vorkommenden Verhältnissen gleicher Art sein werden, z. B. auch dann gewiß dasselbe indifferente, wasserlösliche, reduzierende Eiweiß die erste Beute des Höllensteinangriffs ist, so mögen doch die mechanisch-physikalischen Verhältnisse wesentlich andere sein, als in den geschilderten Versuchen an Schnitten. Die Versuche müssen daher noch vielfach modifiziert, den Erfordernissen der Praxis angenähert und hauptsächlich durch Versuche am Lebenden ergänzt werden, eine Aufgabe, die mich zurzeit beschäftigt.

Nehmen wir aber einmal an, daß diese zukünftigen Versuche analoge Ergebnisse haben und im großen und ganzen die Schumachersche Theorie der Tiefenwirkung des Silbernitrats bestätigen würden. Wir hätten dann in der auf Schumachers Versuche sich gründenden Form der Membrantheorie der Höllensteinwirkung insofern eine wesentliche Erweiterung der älteren Membrantheorie zu sehen, als sie die Möglichkeit erkennen läßt, daß die Membran aus Silberalbuminat nicht nur nach außen abgestoßen, sondern auch nach innen aufgelöst und resorbiert werden kann. Aber auch in dieser erweiterten Form genügt die Membrantheorie noch durchaus nicht zur Erklärung der Gesamtheit unserer praktischen Höllensteinerfahrungen. Denn eine langsam und schichtweise fortschreitende Wirkung wiederholter Höllensteinätzungen ist noch nicht das, was wir von einer unmittelbar eintretenden Tiefenwirkung bei zahlreichen Pinselungen,

Digitized by Google

Irrigationen und Ätzungen beobachten und in eigentlichem Wortsinne unter „Tiefenwirkung" verstehen.

Für die Erklärung dieser alltäglich zu beobachtenden echten Tiefenwirkung kommt man nach meinem Dafürhalten nicht aus ohne eine ältere Theorie, welche man im Gegensatz zur Membrantheorie die „Theorie der Sauerstoffsäure" nennen kann. Im Jahre 1899 habe ich dieselbe ausführlicher begründet[1]) und damit dem Höllenstein, wie ich glaube, den ihm gebührenden Platz unter den Sauerstoffmitteln angewiesen. Nach Erörterung der Wirkung der Salpetersäure als unseres stärksten Sauerstoffmittels sagte ich damals:

„An die Salpetersäure schließen sich eng an die beiden salpetersauren Salze, das Argentum nitricum und das Hydrargyrum nitricum oxydulatum. Es wird vielen auffallend scheinen, diese Salze hier und nicht den übrigen Metallsalzen angereiht zu finden, da man pharmakologischerseits gewohnt ist, die Ätzwirkung des Höllensteins aus seiner Verwandtschaft zu den Eiweißstoffen und seine Hauptindikation in der Herstellung einer Decke aus Silberalbuminat zu erklären. Hierbei werden aber mehrere Tatsachen übersehen, die dem Silbersalpeter eine ganz eigene Stellung unter den Metallsalzen einräumen. Mit der Bildung des Silberalbuminates ist es bekanntlich nicht allein geschehen, denn das Silber als edles Metall hat die Neigung, sich dieser Verbindung zu entziehen und dabei wird wiederum Salpetersäure und Sauerstoff frei; das Metalleiweiß ist also nur eine Art Reservoir für eine allmähliche Sauerstoff- und Säureabscheidung, während nach Beobachtungen an Silberarbeitern dem reduzierten Metall keine irgendwie erheblichen Wirkungen mehr zukommen. Man übersieht weiter, daß wir in der Praxis auch nur wenig mit der vorübergehend sich bildenden Decke rechnen, sehr dagegen mit dem nachhaltigen entzündungswidrigen und desinfektorischen Einfluß, der sich nur auf die weitere Arbeit der Salpetersäureprodukte beziehen läßt. Man übersieht endlich, daß gerade die Ätzwirkung unter allen Silbersalzen nur dem Silbersalpeter zukommt und daß seine desinfektorische Kraft noch in Verdünnungen ausgeübt wird, wo von Bildung einer Decke durch Eiweißfällung keine Rede mehr sein kann. Wir haben mithin beim Höllenstein die Eigenschaft der Häutchenbildung . . . streng von seiner Eigenschaft als Salpetersäurereservoir zu unterscheiden."

Diese Theorie der Höllensteinwirkung ist, soviel ich weiß, von den Pharmakologen nicht beachtet worden. Ich benutze daher die Anregung, die mir die Schumachersche Arbeit gibt, dieselbe durch den Nachweis

---

[1]) Unna, Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten. Separatabzug aus Eulenburgs Allgemeiner Therapie, S. 818. Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien.

Digitized by Google

der frei werdenden Salpetersäure und ihrer Produkte zu vervollständigen und fester zu begründen.

Zum Nachweis der Salpetersäure dienten mir zwei einfach anzustellende Methoden, die Jodstärke- und die Diphenylaminprobe.

Jodstärkeprobe.

Dieselbe kann zum Nachweis von Salpetersäure, salpetriger Säure und ihrer Salze dienen. Man versetzt die betreffende Flüssigkeit mit einer Mischung von Jodkaliumlösung und verdünnter Schwefelsäure und fügt etwas gelöste Stärke hinzu. Tritt dann sofort Blaufärbung auf, so handelt es sich um salpetrige Säure

$$2HNO_2 + 2JH = 2NO + 2H_2O + J_2,$$

da Salpetersäure und salpetersaure Salze aus der freigemachten Jodwasserstoffsäure kein Jod abscheiden und keine blaue Jodstärke bilden. Diese entsteht beim Vorhandensein von Salpetersäure und ihren Salzen erst, wenn man ein Stückchen metallischen Zinks hinzugibt, welches bei seiner Lösung die Salpetersäure zu salpetriger Säure reduziert:

$$HNO_3 + Zn + H_2SO_4 = HNO_2 + ZnSO_4 + H_2O.$$

Tritt also in unserem Falle in der betreffenden Eiweißlösung erst bei Zinkzusatz Blaufärbung auf, so kann es sich entweder um unzersetztes Silbernitrat oder abgeschiedene Salpetersäure handeln. Die Entscheidung hierüber gibt eine vor der Jodstärkeprobe anzustellende Silbernitratprobe.

Man gibt zunächst so viel Höllensteinlösung zur Eiweißlösung hinzu, daß eine kleine von dem entstehenden Niederschlag abfiltrierte Probe mit Kochsalz oder Salzsäure bereits den bekannten Chlorsilberniederschlag oder mit Kalibichromat einen Chromsilberniederschlag gibt. Dann fügt man noch etwas von derselben Eiweißlösung zu der ersten Mischung hinzu, die den Überschuß an Höllenstein bindet. Eine dann abfiltrierte Portion darf mit Kochsalz usw. keinen Niederschlag bilden, sonst muß man mit dem Zusatz von Eiweißlösung fortfahren. Sollten diese Filtrationen allzu langsam vor sich gehen, so kann man sie, ohne das Resultat zu beeinträchtigen, durch Zusatz von etwas Alaunlösung zur Eiweißlösung beschleunigen. Gibt das Filtrat keinen Chlorsilber- resp. Chromsilberniederschlag mehr, so ist in der Eiweißlösung kein freies Silbernitrat mehr vorhanden. Kann man nun durch die Jodstärkereaktion mit Zinkzusatz in diesem Filtrat der Eiweißlösung Blaufärbung nachweisen, so enthält dieselbe freie Salpetersäure.

Diphenylaminprobe.

Auch die Reaktion mit Diphenylamin ($NH[C_6H_5]_2$) entsteht sowohl bei Gegenwart von Salpetersäure und salpetersauren Salzen wie bei der

Digitized by Google

von salpetriger Säure. Vor Anstellung derselben muß man sich mithin durch die Chlorsilber- oder Chromsilberprobe ebenfalls vergewissern, daß in dem Filtrat der Höllenstein-Eiweißmischung unzersetztes Silbernitrat nicht mehr vorhanden ist.

Man stellt sich eine Lösung her von 0,02 Diphenylamin in 20 ccm 25 %iger Schwefelsäure, die dann mit reiner konz. H_2SO_4 auf 100,0 g aufgefüllt wird. Mit einem ccm von diesem Reagens, das sich in einem Schälchen befindet, mischt man 1—2 Tropfen des zu untersuchenden Filtrates. Tritt Blaufärbung ein, so enthält das Filtrat Salpetersäure oder salpetrige Säure.

Diese Probe ist also nur wertvoll als Bestätigung der Zersetzung des Silbernitrats durch Eiweiß, gibt aber nicht wie die Jodstärkeprobe Aufschluß darüber, ob die frei gewordene Salpetersäure sich nachträglich zu salpetriger Säure reduziert hat.

Mit Hilfe dieser Reaktionen wurden nun Mischungen von Silbernitrat mit verschiedenen Eiweißen, nämlich Hühnereiweiß, Pferdeserum und Milzbrei (vom Kalbe) untersucht.

Alle drei vom Silberalbuminat abfiltrierten Flüssigkeiten gaben mit der Diphenylaminprobe ein positives Resultat, enthielten also salpetrige, resp. Salpetersäure.

Die Jodstärkeprobe zeigte insofern einen Unterschied zwischen den eiweißhaltigen Flüssigkeiten einerseits und dem Gewebsbrei andererseits, daß bei jenen erst der Zinkzusatz die Blaufärbung hervorrief, während dieselbe beim Milzbrei ohne Zuhilfenahme von Zink eintrat. Hühnereiweiß und Pferdeserum enthielten mithin nach Behandlung mit Silbernitrat freie Salpetersäure, der Milzbrei dagegen vermochte die Salpetersäure weiter zu salpetriger Säure zu reduzieren.

Es kann also keinem Zweifel mehr unterliegen, daß bei der Bindung des Höllensteins durch das Eiweiß des Gewebes Salpetersäure frei wird und teils als solche, teils als salpetrige Säure zur Resorption gelangt. Damit sind aber die Bedingungen zu allen Symptomen gegeben, die man als Tiefenwirkung des Höllensteins bezeichnen kann: nachhaltiger Schmerz, Verbesserung der stockenden Blutzirkulation, Abschwellung entzündlicher Schwellungen usw. Diese „Tiefenwirkungen" sind aber allgemein die Wirkung der Sauerstoffsäuren [1]).

Wenn man mithin die Wirkung des Höllensteins zweckmäßigerweise derjenigen der Sauerstoffsäuren angliedert, so soll damit durchaus nicht geleugnet werden, daß der Silberkomponente des Höllensteins eine wesentliche Bedeutung zukommt. Als ich die Theorie der Sauerstoffsäurewirkung

[1]) Salpetersäure, Chromsäure, Pikrinsäure, Permangansäure, Perchlorsäure usw.

Digitized by Google

des Höllensteins aufstellte (1899), war über die Wirkung des Silbermetalls noch wenig bekannt. Wir haben seitdem gelernt, daß dasselbe — und nicht nur in Ionenform — erhebliche Wirkungen in therapeutischer Beziehung entfalten kann. Diese treten aber, da sie in gleicher Richtung wie die der oxydierenden Salpetersäure liegen, beim Höllenstein in ihrer Besonderheit weniger deutlich zutage. Das ist ganz anders, wenn das Silber mit einer reduzierenden Säure, z. B. der Ichthyolsulfonsäure im Ichthargan, verbunden ist. Die prächtigen und in ihrer Art geradezu einzigen Wirkungen dieser Verbindung lassen sich gerade[1]) aus dem Gegensatz der Komponenten ableiten und das Besondere des Silbergehalts tritt hier viel besser in die Erscheinung als beim Höllenstein.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Zur Frage des verfeinerten Wassermann mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten paradoxen Sera, von Fr. Graetz-Hamburg. (M. Kl., 1913, Nr. 45 bis 46.) Verfasser erklärt zunächst den Ausdruck „paradoxe Sera" und betont, daß für ihn ein entstehender Reaktionskörper außerhalb des Organismus als absolut ausgeschlossen gilt; bei absolut steriler Gewinnung und entsprechend zweckmäßiger Aufbewahrung der Sera ändern dieselben auch bei mehrmonatlichem Aufenthalt im Eisschrank ihre Reaktionsfähigkeit nicht, und auch innerhalb von Jahresfrist kommt ein Umschlag der Reaktion infolge einer biologischen Veränderung der Serumbeschaffenheit nicht zustande. Absolut negative Sera, das heißt von Nichtluetischen stammende, zeigen nie paradoxe Reaktionen, ebensowenig wie absolut positive, wenn auch diese letzteren vielleicht Änderungen in der Reaktionsbreite aufweisen. Die Domäne der paradoxen Sera sind die Sera von behandelten, zum Teil latenten und von beginnenden Syphilisfällen, das heißt Sera mit einem erst oder relativ noch geringen Gehalt an Reaktionskörpern. Es handelt sich wohl nicht um paradoxe Sera, sondern um paradoxe Reaktionen. In keinem Fall hat man die Berechtigung, an der Spezifizität der WR für Syphilis zu zweifeln; denn, wenn es sich bei dem Phänomen der „paradoxen Sera" um eine biologische Veränderung des Serums im Sinne einer Entwicklungsbildung von Reaktionskörpern außerhalb des Organismus handeln würde, dann müßte man eine gewisse Gesetzmäßigkeit des Phänomens beobachten können, während gerade das Sprunghafte und Unregelmäßige im Verhalten derartiger Sera das Charakteristische für diese Reaktionen ist. Auch haben Graetz und A. Alexander experimentell bewiesen, daß das Phänomen der „paradoxen Sera" in den Mängeln begründet ist, die heute noch der ziemlich allgemein geübten Technik der WR anhaften und in den Schwankungen der Komplementablenkbarkeit zu suchen sind. Ferner ist in Betracht zu ziehen, daß infolge der verschiedenen Modifikationen und Modifikätionchen der ursprünglichen Methode häufig sich differente Resultate ergeben. Dann kritisiert der Verfasser einige auf Ver-

[1]) Unna, Die Anwendung des Ichthargans in der Dermatologie. M. Kl., 1913, Nr. 30—31.

Digitized by Google

feinerung abzielende Modifikationen, z. B. die von Sachs und Altmann vorgeschlagene: „aktives Serum zu verwenden", welche ihm sehr gute Resultate geliefert, das heißt den Prozentsatz der positiven Reaktion bei sicheren Syphilitikern vermehrt hat. Details über die Technik des Verfassers und die verschiedenen Methoden, in bezug auf Normalambozeptoren usw., müssen im Original nachgesehen werden. Graetz erhofft sehr viel von den Bestrebungen, einheitliche Extrakte (eventuell den Cholesterinextrakt) einzuführen, besonders, wenn gleichzeitig durch quantitative Ausführung der WR die Technik auf eine einheitliche Basis gestellt wird. Lasch-Breslau.

Zur Frage der Verschärfung der Wassermannschen Reaktion, von Franz Blumenthal. (B. kl. W., 1914, Nr. 28.) Verfasser unterzieht die verschiedenen Methoden, die behufs Verschärfung der Wassermannschen Reaktion angewendet worden sind (Cholesterinisierung der Extrakte, Verwendung aktiven Serums anstatt des inaktivierten, Bariumsulfatausfällung, Kaolinbehandlung, Erhöhung der Serummenge) einer Kritik, kommt hierbei aber zu dem Schluß, daß wir zurzeit keine Methode besitzen, um die Serumdiagnostik der Syphilis zu verschärfen. Alle Methoden, durch die wir eine nicht unerhebliche Verstärkung der Reaktion hervorbringen können, machen gleichzeitig die Wassermannsche Reaktion zu einer unspezifischen. Viel wichtiger zur Vermeidung von Fehlresultaten ist einmal die Untersuchung großer Reihen von Seren auf einmal und andererseits die Untersuchung mit mehreren Extrakten, wobei es gleichgültig ist, welche Herkunft dieselben haben. E. Klemm-Leipzig.

Methoden der Verbesserung der Genauigkeit und Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion, von F. H. Thiele und D. Embleton-London. (Lanc., 21. Februar 1914.) Gegen die Verwendung von Cholesterin bei der Wassermannschen Reaktion wenden Verfasser ein, daß dasselbe nicht als ein Antigen, sondern nur hemmend auf das Komplement wirkt und in vielen Fällen irrige Resultate, wie sie solche in einer tabellarischen Übersicht einer Untersuchungsreihe zusammengestellt haben, liefert. Sie hatten Gelegenheit, die Leber eines während der Geburt gestorbenen syphilitischen Fötus in frischem Zustand zu untersuchen. Das reichlich spirochätenhaltige Organ zeigte bemerkenswerterweise zunächst so gut wie gar keinen, nach erfolgter Autolyse dagegen ausgiebigen Antigengehalt (Tabelle). Verfasser folgern hieraus, daß der autolytische Abbau und nicht der Spirochätengehalt eines Organes dessen Antigenwert bedingt. Sie haben daraufhin aus frischen Herzen und Nieren von Tieren durch Trocknen in vacuo und durch Autolyse mit einer einfachen Behandlung ein Antigen gewonnen, das sie als ein gereinigtes Phosphatid mit einem Stickstoff-Phosphorverhältnis von N_1P_1 bezeichnen. Dasselbe, in Methylalkohol gelöst, gestattet ein sehr bequemes Arbeiten und ist nicht antikomplementär. Nach der von Verfassern geübten Methode wird nun ihrer Darlegung nach eine Steigerung der Reaktionsempfindlichkeit erzeugt, indem sie: 1. die Menge des verwendeten Komplementes auf das anderthalbe des Quantums, welches vollständige Hämolyse bewirkt, vermindern; 2. indem sie große Mengen, ein halbes Kubikzentimeter oder mehr, von inaktiviertem syphilitischem Serum verwenden; 3. indem sie 50—100 Einheiten des Antigens verwenden. Auf diese Weise werde es vermieden, daß rein antikomplementäre Erscheinungen irgend welche störende Rolle spielen.

Philippi-Salzschlirf.

Ein Verfahren zur Steigerung der Genauigkeit und Empfindlichkeit der Wassermannschen Reaktion, von F. H. Thiele und D. Embleton-London. (Lanc., 11. Apr. 1914.) Zur Herstellung des Antigens verwenden Verfasser ein Ochsenherz, das nach Entfernung von allem Fett und feiner Zerkleinerung auf 24—36 Stunden der Autolyse überlassen wird. Nach dem Trocknen und Extrahieren mit absolutem Alkohol, Äther und Azeton in der mit allen Einzelheiten geschilderten Weise ergibt sich ein Pulver,

Digitized by Google

das in Methylalkohol aufgeschwemmt mindestens 12 Monate lang unverändert haltbar ist. Verfasser schildern auch die Proben, welche sie ausführten, um eine Standardisierung dieses Antigens in bezug auf den hämolytischen Faktor, den antikomplementären und den antigenischen Faktor zu bewirken. Desgleichen geben sie eine tabellarische Zusammenstellung von Bestimmungen für die Standardisierung von Ambozeptor und Komplement. Die Arbeit enthält sehr viele im Referat nicht wiederzugebende Details.

Philippi-Salzschlirf.

Quellen von Irrtümern bei der Wassermannschen Reaktion, von Chester T. Stone-New York. (New York m. J., 20. Juni 1914.) St. zählt eine ganze Reihe von Ursachen auf, welche in mangelhafter Beschaffenheit der benutzten Reagentien liegen und zu Irrtümern in der Auslegung der Wassermannschen Reaktion führen können. Ungenügende Titrierung und ebenso Standardisierung der Reagentien scheinen die Hauptfehlerquellen zu sein und sollten bei genügender Sorgfalt vermieden werden; die Ausführung der Reaktion selbst erklärt St. für eine einfache, wenn nur einige Wochen Laboratoriumsarbeit unter sachgemäßer Leitung zur Erlernung verwendet worden sind.

Stern-München.

Versuche über die Wassermannsche Reaktion, von Carl Sternberg-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 18.) Eine Serie von Wassermann-Untersuchungen, bei der neue Pipetten zur Verwendung kamen, ergab komplette Hemmungen im Gegensatz zu den Resultaten, die bei der Verwendung alter Pipetten erreicht wurden. Eine Reihe Versuche ergab den Schluß, daß in den neuen Pipetten irgend eine Substanz vorhanden war, die lediglich gemeinsam mit Serum und Antigen, nicht aber nur mit einem dieser beiden Körper, in irgend welcher Weise die Auflösung des Hammelblutes im hämolytischen System behinderte. Eine chemische Untersuchung von warmem Wasser, mit dem die Pipetten behandelt wurden, ergab eine ziemlich starke Phenolphtaleinreaktion. Eine Reihe weiterer Versuche sollte feststellen, wodurch die Wirkung der nachgewiesenen Alkalien bei dem Verlauf der Wassermannschen Reaktion zustande kommt. Doch mußte diese Frage offen bleiben, weil sowohl physikalische wie chemische Wirkungen dabei im Spiele zu sein schienen.

W. Lehmann-Stettin.

Eine quantitative chemische Reaktion zur Kontrolle positiver Wassermannscher Reaktionen. Dritte Mitteilung von M. Kaplan-New York und J. E. Mc Clelland-New York. (New York m. J., 22. Nov. 1913.) Verfasser betrachten einen Amino-Stickstoffgehalt im Serum als normal, wenn er auf 100 ccm 2,8 mg oder mehr beträgt, als zweifelhaft bei 2,3—2,8 mg und als sicheren Beweis für Syphilis, wenn er weniger als 2,3 mg beträgt und die Wassermannsche Reaktion positiv ist. Genaue Beschreibung der Technik und der dazu notwendigen Apparate, tabellarische Übersicht der untersuchten Fälle, von welchen die Gruppe mit fehlenden klinischen Symptomen von Lues (II) und positivem Wassermann besonders wichtig ist; erst die Untersuchung auf den Amino-Stickstoffgehalt im Serum, der bei dreien unter den zwölf Fällen ein verminderter war, konnte als sicherer Maßstab für die Diagnose angenommen werden. Bei positivem Wassermann und Fehlen jeglicher syphilitischer Symptome dürfte also eine derartige Kontrolluntersuchung von großer Wichtigkeit sein.

Stern-München.

Über ein Mittel, um gewisse Störungen bei der Wassermannschen Reaktion auszuschalten. Die Absorption der hämolytischen Ambozeptoren, von Nicol. Bettencourt. (Arqiv do instituto bacteriol. camara pestana, Lissabon 1913, Bd. 4, H. 1.) Ausgehend von den bekannten, auch vom Verfasser in einem speziellen Fall gemachten Beobachtungen, daß das Serum eines manifestsyphilitischen Menschen keine positive WR gab, suchte der Verfasser den Grund für dieses Phänomen festzustellen und wurde durch den enormen Gehalt des fraglichen Serums an Normalambozeptoren für Hammel-

Digitized by Google

blut speziell zu Untersuchungen über die Bedeutung der hämolytischen Faktoren für den Ausfall der WR geführt. Bei elektiver Absorption der Ambozeptoren war bei dem fraglichen Serum ein positives Resultat zu erzielen gewesen, wo die Originaltechnik ein negatives Resultat bedingt hatte. Daran anschließende systematische Versuche ergaben des weiteren, daß die Absorption der Normalhämolysine unter Umständen eine Verfeinerung der Reaktion bedeuten kann, ohne daß jedoch die größere Müheaufwendung im Verhältnis stünde zur Erhöhung der Zahl positiver Reaktionen. Störungen verursacht indessen der Eingriff nicht. Verfasser redet der von ihm geübten Originaltechnik das Wort, während er nach eigenen Erfahrungen die Verwendung der Modifikationen nach Bauer und Noguchi nicht zu befürworten vermag. Graetz-Hamburg.

Der Wert der Absorptionsmethoden bei der Wassermannschen Reaktion, von Miriam P. Olmstead-New York. (M. Record, 21. Febr. 1914.) „Natürlicher Antihammelblutambozeptor ist häufig im menschlichen Serum vorhanden. Ein Überschuß von Ambozeptor bei der Wassermann-Probe kann fälschlicherweise negative Reaktionen geben. Durch die Absorption des natürlichen Ambozeptors wird die komplementbindende Kraft mancher Sera erhöht, besonders wenn man gewohnt ist, den Ambozeptor lange einwirken zu lassen. Wenn die Ablesung indes geschieht, sobald in den Kontrollen vollkommene Hämolyse eingetreten, dann macht ein Überschuß von Ambozeptor wenig Unterterschied." W. Lehmann-Stettin.

Untersuchungen über eine Reaktion luetischer Sera mit einem Jodölreagens, von Wilhelm Landau-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 42.) Da heute die Wassermannsche Reaktion als eine physikalisch-chemische betrachtet und auf kolloidale Fällung der Sera der Syphilitiker mit lipoiden Stoffen, die in den Organextrakten enthalten sind, zurückgeführt wird, hat Verfasser versucht, die physikalisch-chemische Zustandsänderung des Luesserums durch eine weniger umständliche Untersuchungsmethode sichtbar zu machen. Er hat Jodtinktur in Paraffinöl gelöst und mit dem zu untersuchenden Serum vermischt, wobei eine Entfärbung der Jodlösung eintrat, die bei den luetischen Seren bis zur vollkommenen Entfärbung sich steigerte, während die Mischung mit Normalseren eine gelbrote Färbung beibehielt. Zahlreiche Versuche an luetischen und nichtluetischen Fällen ergaben ungefähre Übereinstimmung mit dem gleichzeitig angestellten Wassermann. Später hat Verfasser an Stelle der Jodtinktur die entsprechende Menge reinen Jods abgewogen und in einigen Tropfen Alkohol gelöst dem Paraffin zugesetzt, und die der Reaktion zugrunde liegende differente Jodbindung nicht durch Beurteilung des Farbenunterschiedes des Reagens allein festgestellt, sondern durch Zusatz von gekochter Stärkelösung nach Ablauf der Reaktion. Das normale, noch ungebundenes Jod enthaltende Serum wird nach Zusatz von einigen Tropfen Stärkelösung tiefblauschwarz, während das luetische unverändert hellgelb bleibt. Kontrolluntersuchungen mit der Wassermannschen Originalmethode ergaben weit mehr positive Resultate der Jodmethode, besonders bei latenten und tertiären Syphilitikern. In nichtluetischen Kontrollfällen ergab die Jodmethode dasselbe negative Resultat wie der Wassermann. Verfasser gibt eine genaue Beschreibung der Technik seines Vorgehens mit „Jodölreagens", als dessen Nachteil er selbst die Inkonstanz des Paraffinöls bezeichnet, die Verschiedenheiten in der Reaktionszeit bedingt. W. Lehmann-Stettin.

Ein brauchbarer, leicht zu beschaffender Organextrakt zur Anstellung der Wassermannschen Reaktion, von L. Bitter-Kiel. (M. m. W., 1913, Nr. 33.) Verfasser ging von der Vorstellung aus, daß es bei den Antigenen sich um Degenerationsprodukte der Organlipoide, Lipoidtrümmer, welche durch die Einwirkung der Syphilisspirochäten und wohl auch anderer Mikroorganismen entstehen, handelt, und stellte sich demgemäß Antigene aus der Leber von tuberkulösen Rindern und Meerschweinchen her. Bei weit

Digitized by Google

über 2000 Reaktionen gaben diese Extrakte sehr befriedigende Resultate. Zur Herstellung des Extraktes werden fein zerkleinerte, mit Tuberkuloseknoten reichlich durchsetzte Meerschweinchen- oder noch besser Rinderlebern mit neun Raumteilen Alkohol angesetzt, während acht Tage häufig mit dem Schüttelapparat oder mit der Hand bewegt und dann 8—14 Tage unzentrifugiert und unfiltriert im Eisschrank stehen belassen. Der Titer bezifferte sich meist auf 0,2; die Eigenhemmung begann zwischen 0,3 und 0,4, was B. für ein sehr brauchbares Verhältnis erklärt. Philippi-Salzschlirf.

Eine vergleichende Studie über Antigene für die Wassermann-Reaktion, von H. R. Varney und F. W. Baeslack-Detroit, Mich. (J. Am. m. Assoc., 6. September 1913.) Das syphilitische Gumma des Kaninchenhodens liefert ein spezifischeres Antigen als alle anderen syphilitischen oder normalen Gewebe. Die Kombination einer Anzahl von erkrankten Organen zur Extraktbereitung gibt ein polyvalentes, hochwertiges Antigen, das die Diagnose auch in klinisch zweifelhaften Fällen ermöglicht. Wässerige Antigene verlieren ihre Kraft in ungefähr einem Monat, während die mit Azeton oder Alkohol hergestellten dauerhaft sind. Fendt-Wiesbaden.

Erfahrungen über die bei der Wassermannschen Syphilisreaktion wirksamen Körper und ihre Verwendung, von Kragel-Bochum. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 4.) Die Abhandlung enthält nach einer einleitenden kritischen Besprechung einer Anzahl von Modifikationen der Wassermannschen Reaktion eine detaillierte Beschreibung der vom Verfasser geübten Technik. Zu einem kurzen Referat ist die Abhandlung inhaltlich nicht geeignet. Wer sich praktisch mit der Wassermannschen Reaktion beschäftigt, wird dort im wesentlichen Bekanntes vorfinden. Den Schlußsätzen des Verfassers, die Wassermannsche Reaktion nur in entsprechend wissenschaftlich geleiteten Zentralinstituten ausführen zu lassen, und die Serumuntersuchung nicht in der Sprechstunde oder bei Gelegenheitsserologen ausführen zu lassen, wird man sich, im Hinblick auf die Tragweite, die der Reaktionsausfall gegebenenfalls für den Patienten haben kann, rückhaltslos anschließen können. Graetz-Hamburg.

Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der WR, von Rabinowitsch-Charkow. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Verfasser bestreitet die in Nr. 9 dieser Wochenschrift veröffentlichte Beobachtung von Dr. Karl Stern, daß das Serum von mehrmals schon punktierten Meerschweinchen eigenlösende Eigenschaften habe. Diese Eigenschaft sei von anderen bis jetzt unbekannten Umständen abhängig. Was die dadurch verursachten Fehlerquellen bei der WR anbelangt, so wären diese unmöglich, wenn das Komplement vor jedem Hauptversuch jedesmal erst titriert werde. Junghanns-Dresden.

Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der WR, von Neue-Greifswald. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Verfasser hat eigenlösende Eigenschaften in Seren von Meerschweinchen gefunden, die sich längere Zeit nur durch Inzucht vermehrt hatten. Die dadurch bedingte Fehlerquelle ist nicht hoch einzuschätzen, da sie im Vorversuch erkennbar werden muß.
Junghanns-Dresden.

Eine einfache Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von C. Birt. (J. of the R. Army m. corps, Oktober 1910.) Das Prinzip der Methodik besteht darin, daß für Ausführung der Reaktion das im Patientenserum enthaltene Komplement eine geringe Menge von Blutkörperchen aus dem Blutkuchen des zu untersuchenden Serums als Hämolysin, und ein alkoholischer Meerschweinchenherzextrakt als Antigen Verwendung finden. Hinsichtlich der Details muß auf das Original verwiesen werden. Bei vergleichenden Untersuchungen mit der Originalmethode wurden angeblich brauchbare Resultate erzielt, außerdem soll sich die Methode als empfindlicher erwiesen haben.

Digitized by Google

Ferner wurden mit der erwähnten Methode auch weniger Fehlresultate erzielt als bei denjenigen Modifikationen, welche die im Patientenserum enthaltenen Normalambozeptoren gegen Hammelblut oder Meerschweinchenblutkörperchen als Hämolysin verwenden.
Graetz-Hamburg.

Zur Kenntnis des diagnostischen Wertes der v. Dungernschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion im Vergleich mit dem der Wassermannschen Originalmethode, von Alfred Balzarek-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 38.) In 112 Fällen hat Balzarek Kontrollversuche über die Richtigkeit der v. Dungernschen Methode angestellt und zwar mit folgendem Resultate. Dreimal fiel die v. Dungernsche Methode positiv aus bei negativer WR bei anamnestisch sicheren Syphilisfällen. Zweimal war das Ergebnis nach v. Dungerns Methode negativ bei positiver WR; davon einmal bei einer hereditären Lues und das zweite Mal bei einem Falle schwerer Karzinose, in dem die ohne Kenntnis des Falles kontrollierenden Untersucher die positive WR nicht auf Lues, sondern auf eine unspezifische Reaktion bei schwerer Karzinose oder dergleichen bezogen hatten, so daß eigentlich nur ein Versager der v. Dungernschen Methode übrigbleibt. Nach dieser Erfahrung glaubt Balzarek, daß die v. Dungernsche Methode für kleine Krankenhäuser oder manchen Arzt, für den die Durchführung der typischen WR unmöglich oder unerreichbar ist, ein recht vorzügliches Auskunftsmittel sein dürfte. Natürlich ist auch hier peinliche Gewissenhaftigkeit notwendig. Lasch-Breslau.

Untersuchungen über die Hermann-Perutzsche Reaktion, von G. Giorgis. (Riforma m., 1913, Nr. 24.) Der Verfasser experimentierte mit dem von Ellermann angegebenen Cholesterinzusatz zum glykocholsauren Natrium und glaubt, daß die Resultate besser sind, als mit der originalen Methode. Ist die Reaktion richtig positiv, so kann man das Vorhandensein von Lues annehmen. Bei einem negativen Resultat muß man die Wassermannsche Reaktion folgen lassen. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Hermann-Perutzsche Syphilisreaktion, von J. Kallós-Arad (Ungarn). (D. m. W., 1913, Nr. 39.) Auf Grund zahlreicher Untersuchungen kommt Verfasser zu der Anschauung, daß die Hermann-Perutzsche Präzipitationsreaktion für Lues spezifisch ist. Im nicht inaktivierten Serum ist sie ausgeprägter, tritt bei primärer Lues rascher auf als die WR. Sie kann aber die WR nicht ersetzen, insofern sie bei sekundärer Lues seltener positive Reaktion gibt; sie kann also nur den Wert einer Kontrolle der WR haben. Fischer-Dresden.

Die Hermann-Perutzsche Reaktion im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion, von Fr. Bräutigam. (B. kl. W., 1913, Nr. 33.) Verfasser hat an 371 Fällen Vergleiche zwischen beiden Reaktionen angestellt. Die Wassermannsche Reaktion läßt feinere Abstufungen zu als die Hermann-Perutzsche, denn ein geringer Grad von Hämolyse ist leichter zu erkennen als ein geringer Grad von Ausflockung, der an Trübung grenzt. Die letztere hat der ersteren gegenüber den großen Vorzug der sehr einfachen und billigen Technik, bei der Fehlerquellen so gut wie ausgeschlossen sind. In der weit größeren Zahl der Fälle stimmten die Reaktionen miteinander überein.
G. Heymann-Elbing.

Untersuchungen über Konglutinationsreaktion mittels der Technik Karvonens, als Ersatz für die WR, von W. Leschly und Harald Boas-Kopenhagen. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 39.) Die Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: Als Ersatz für die WR kann die Konglutinationsreaktion nach Karvonen nicht empfohlen werden, teils weil sie schwer abzulesen ist, teils oft (in ca. 5%) totale Hemmung in den Serumkontrollen gibt, teils (von 456 Seris, worunter 278 von Syphilitikern) weniger positive Reaktionen unter Syphilitikern (135 gegen 142) als die WR gegeben hat. Auch in der Ausführung bedeutet sie keine wesentliche Erleichterung. Es wird jedoch die Konglu-

Digitized by Google

tinationsreaktion entweder mit dieser oder einer anderen Technik eine praktische Bedeutung neben der WR erhalten, indem sie imstande ist, Aufklärungen auf einem Gebiete zu schaffen, wo die WR versagt. Wieviel diese Reaktion zu geben imstande ist, wird erst aus weiteren Untersuchungen hervorgehen. W. Holland-Kristiania.

Untersuchungen einer neuen Syphilisreaktion (Landau), von A. Kissmeyer-Kopenhagen. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 2.) Untersuchungen über die von Landau (W. kl. W., 16. Oktober 1913) mitgeteilte Serumreaktion. Verfasser hat alles in allem 75 Sera untersucht, sämtliche nur wenige Stunden nachdem das Blut gewonnen war und in aktivem Zustand. Das Reagens wurde jedesmal frisch zubereitet. Die Zeit der Ablesung 2—2½ Stunden. Das Resultat ist bedeutend schlechter als das Landausche. Von den Kontrollfällen fielen 51% positiv aus, und Verfasser findet darum die Reaktion in ihrer jetzigen Form nicht brauchbar. W. Holland-Kristiania.

Zur Technik der Pallidinreaktion, von E. Klausner-Prag. (M. m. W., 1914, Nr. 2.) Verfasser hat vor einiger Zeit (W. kl. W., 1913, Nr. 2 und 24) im Verein mit O. Fischer über eine kutane Reaktion bei Spätsyphilis und hereditärer Lues berichtet, welche unter Verwendung eines Extraktes von Pneumonia alba-Lunge hervorgerufen werden konnte. Bei etwa 15 Fällen erwies sich die Probe als sehr zuverlässig. Das Material wird nunmehr von der Firma E. Merck im großen hergestellt und kann unter dem Namen „Pallidin" bezogen werden. Zur Ausführung der Reaktion macht man am leicht mit Äther gereinigten Oberarm zwei parallele senkrechte Schnitte von ca. 1½ cm Länge bei einem Abstand von ½ cm; alsdann werden diese Schnitte von zwei analogen horizontalen Schnitten gekreuzt. Nach jedem Schnitt wird das Messer mit Äther gereinigt und in Pallidinlösung getaucht. Bei positiven Fällen sieht man 24—48 Stunden eine das ganze Impfgebiet einnehmende, leicht entzündliche Papel sich entwickeln, während bei negativen Fällen die Haut ganz reaktionslos bleibt.

Philippi-Salzschlirf.

Rolle des Cholesterins in der Wassermannschen Reaktion, von Louste. (Soc. m. des hôp., 31. Oktober 1913.) Der Verfasser versetzte eine gewisse Anzahl von Seren von Tieren mit Cholesterin und fand, daß bei einem Zusatz von 2—3 g pro Liter dieselben eher zum Positiven neigten, während unter- oder oberhalb dieses Gehalts die Reaktion eher negativ war. In einer anderen Versuchsreihe machte er Kaninchen Cholesterininjektionen und konstatierte eine derartige Veränderung des Serums, daß die Ablesung des Resultats unmöglich war. Man muß 7—8 Tage ohne Injektion abwarten, um nach der gewöhnlichen Methode eine Wassermannsche Reaktion zu Wege zu bringen, welche dann stark positiv ausfällt. A. Gunsett-Straßburg.

Untersuchungen über die Beziehungen zwischen dem Cholesterin und der Wassermannschen Reaktion, von D. Carbono und F. Nizzi. (Biochimica e Ter. sperim., 4. Jahrg., Nr. 4.) Aus den Untersuchungen der Verfasser geht hervor, daß es nicht ausgeschlossen ist, daß an der Zusammensetzung desjenigen Teiles des syphilitischen Serums, das bei der Wassermannschen Reaktion wirkt, das Cholesterin (entweder im freien Zustande oder in Form von Ester oder einer sonstigen Verbindung) teilnimmt.

K. Rühl-Turin.

Über den Wert einiger Modifikationen (Cholesterinherzextrakt und Kältemethode) der Wassermannschen Reaktion für die Neurologie, von Alfred Sänger-Hamburg. (Neurol. Zbl., 1913, Nr. 22.) Unter den vielen Modifikationen der WR scheint dem Verfasser die mit Cholesterinextrakt sehr beachtenswert, besonders wenn sie in der Kälte angestellt wird und nur für das inaktive Serum; ganz speziell bei Lues latens, behandelter Lues, bei der Tabes und der Lues cerebrospinalis. Nicht geeignet ist die Reaktion für den Liquor; hier traten unspezifische Hemmungen bei Alcoholismus

Digitized by Google

chronicus, bei Tumor cerebri, bei Epilepsie und bei Pachymeningitis auf. Im primären und sekundären Stadium der Syphilis ist die Wärmebildung der Kältebildung unterlegen, während im tertiären Stadium die Modifikation der Kältebildung genauere Resultate zu liefern scheint. Auf Grund seiner großen Erfahrung an dem reichen Material des Eppendorfer Krankenhauses rät Sänger, besonders bei klinisch nicht ganz sicheren Fällen, neben der Original-WR die Cholesterinmethode und die Jakobsthalsche Kältebindung in Anwendung zu bringen. Lasch-Breslau.

Bemerkungen zur Kutireaktion bei Lues und ihre Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion, von Rudolf Müller und Robert Otto Stein. (B. kl. W., 1913, Nr. 47.) Bei der Intrakutanimpfung mit abgetötetem Material fanden Verfasser unter bestimmten Bedingungen ziemlich regelmäßigen Reaktionsanstieg. Vor allem ist notwendig, daß der betreffende Patient überhaupt die Fähigkeit hat, Reagine zu bilden. Man muß daher zur Prüfung dieser Frage nur solche Fälle wählen, die wohl momentan negativ reagieren, die aber zur Zeit, wo sie luetische Erscheinungen zeigten, zweifellose positive Wassermannsche Reaktion hatten. Die zweite Bedingung ist ein positiver Ausfall der Kutireaktion. Bei zehn von elf untersuchten Fällen trat durchschnittlich zwei Wochen nach erfolgreicher Intrakutanreaktion kompletter Umschlag der Wassermannschen Reaktion auf, während einige von diesen Fällen, vorher nach Wassermann untersucht, immer nur negativ reagierten. G. Heymann-Elbing.

Der Gebrauch von Cholesterinextrakten für die Wassermann-Reaktion, von B. A. Thomas und R. H. Ivy-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 31. Januar 1914.) Die Verfasser ziehen zur Ausführung der Wassermann-Reaktion den syphilitischen Leberextrakt als Antigen dem mit Cholesterin versetzten Meerschweinchenherz- oder Menschenherzextrakt vor. Die Cholesterinextrakte geben zwar eine schärfere Reaktion als die Syphilisleberextrakte, sie liefern aber auch viele schwachpositive Resultate bei syphilisfreien Patienten. Die Anwendung der Cholesterinextrakte bedeutet daher keinen Fortschritt, sondern das Gegenteil. So berichten Schamberg, Kolmer und andere, daß sie bei 22 Psoriasisfällen in über 28% mit Cholesterinextrakten positive Wassermann-Reaktion erhielten, während Syphilis bei vielen dieser Kranken sicher ausgeschlossen werden konnte. Jedenfalls können schwache Reaktionen mit diesen Extrakten nicht zur Diagnose Syphilis verwertet werden, während dies bei den Syphilisleberextrakten angängig ist. Die Cholesterinextrakte sind imstande, gegen den Wert der Wassermann-Reaktion Mißtrauen zu erregen. Fendt-Wiesbaden.

Erfahrungen mit dem Sachsschen Cholesterinalkohol- und dem Lesserschen Ätherextrakt bei der Wassermannschen Reaktion, von Georg Orkin. (B. kl. W., 1914, Nr. 15.) Verfasser bringt das Resultat von 1200 Wassermannschen Reaktionen. Der Sachssche Extrakt bringt bei Lues I und II keine vermehrten positiven Resultate, eher das Gegenteil. Ebenso bei den metasyphilitischen Erkrankungen. Dagegen scheint er bei der tertiären und der latenten Lues noch manchen positiven Fall ans Tageslicht zu bringen. Der Lessersche Extrakt hingegen ist besonders fein auf die Frühsyphilis und die Metasyphilis eingestellt, auf die latente Lues nicht so gut wie der Sachssche Extrakt. Man könnte also bei Lues I und II und den metasyphilitischen Fällen dem Lesserschen Ätherextrakt, bei Lues latens dem Sachsschen erhöhten Wert beimessen. G. Heymann-Elbing.

Vergleich der Reaktion nach Wassermann und nach Noguchi bei nicht floriden Syphilitikern, von Mathieu, Pierre Weil und Giroux. (Bull. méd., 1913, Nr. 81.) Von 43 Fällen waren 32 nach beiden Verfahren negativ; sieben nach Wassermann positiv, nach Noguchi negativ. Von diesen waren drei ohne Verdacht auf Syphilis, zwei

Digitized by Google

hatten Aortitis, zwei tertiäre Meningitis. Ein Fall reagierte nach Wassermann negativ, nach Noguchi positiv, eine Frau mit Gummen nach beiden negativ.

R. Frühwald-Leipzig.

Vergleiche der Häufigkeit der Wassermannschen und Noguchischen Reaktion bei erwachsenen Syphilitikern im Latenzstadium, von Mathieu-Pierre Weil. (Soc. méd. des hôp., 10. Oktober 1913.) Beide Reaktionen waren negativ in 32 Fällen, positiv in zwei Fällen. Bei sieben Kranken war die Wassermannsche positiv, die Noguchische negativ: drei davon waren Kranke, deren klinische Geschichte keinen Verdacht der Syphilis hatte aufkommen lassen, zwei hatten Aortitis und zwei tertiäre syphilitische Meningitis. Nur bei einem Patienten war die Wassermannsche Reaktion negativ bei positiver Kutireaktion. Bei einer Kranken mit Gummen der Stirn waren beide Reaktionen negativ. A. Gunsett-Straßburg.

Was soll man von der Kutireaktion der Syphilis halten? von Paul Dubois. (Policlinique, 1913, Nr. 19.) Verfasser resümiert die auf der Wiener Naturforscherversammlung über dieses Thema ausgesprochenen Ansichten. Die Reaktion ist charakteristisch für tertiäre Syphilis; sie kann die Wassermannsche Reaktion nicht verdrängen, kann aber bei hereditärer und maligner Syphilis, bei zweifelhaften Symptomen und negativem Wassermann wertvolle Dienste leisten. Die Reaktion ist ungefährlich; sie kann auch prognostisch und in therapeutischer Hinsicht verwertet werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Intradermoreaktion bei Lues durch Extrakt aus skrotalen Syphilomen von Kaninchen (Treponemina), von M. Trossarello-Turin. (Gazz. degli osped. e delle clin., 1914, Nr. 44.) Von der Tatsache ausgehend, daß die Spirochäten, die man in den Primärsklerosen des Kaninchens findet, virulenter als die künstlich kultivierten und ebenso virulent wie diejenigen sind, die man in den menschlichen luetischen Läsionen antrifft, hat Verfasser für die Intradermoreaktion bei Syphilis einen Glyzerinextrakt aus skrotalen Syphilomen von Kaninchen hergestellt, die mit Material von verschiedener Herstammung inokuliert waren, und somit verschiedene Spirochätenstämme zur Verfügung gehabt. Mit diesem Extrakt hat er bisher 52 Patienten geimpft, von denen ein Teil unzweifelhaft nicht syphilitisch war. Bei Nichtluetikern fiel die Intradermoreaktion stets negativ aus: bei Sekundärlues fiel sie in 40%, bei latenter Lues in 50%, bei Tertiärlues und bei Syphilis maligna in 100% der Fälle positiv aus. Von den 14 bei Tertiärlues positiv ausgefallenen Reaktionen, waren 11 sehr intensiv, darunter 3 pustulös. Verfasser glaubt die Spezifizität seines Extraktes, den er Treponemina nennt, behaupten zu können. Dieser Extrakt ist bequem und leicht herzustellen und bietet angeblich den Vorteil dar, daß er infolge des großen Gehaltes der Kaninchensyphilome an Spirochäten, wenigstens ebenso wirksam wie der Extrakt aus Spirochätenkulturen ist.

K. Rühl-Turin.

Die Luetinreaktion (Kutireaktion der Syphilis), von Hideyo Noguchi. (Presse méd., 1913, Nr. 76.) Das Luetin wird auf folgende Weise hergestellt. Reinkulturen von Spirochaeta pallida werden in einem sterilen Gefäß mit Porzellankugeln mehrere Stunden lang geschüttelt, um die Spirochäten zu zermahlen. Es wird dann eine vollkommene flüssige Emulsion gewonnen, die 30 Minuten lang auf 60° erhitzt wird. Das von Noguchi hergestellte Luetin enthält immer mehr als sechs verschiedene Spirochätenstämme. Es wird im Kühlen aufbewahrt und vor dem Gebrauch mit gleicher Menge steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. Die Injektion geschieht in die Kutis des rechten Armes und zwar werden beim Erwachsenen 0,07, beim Kinde 0,05 ccm injiziert. Es erscheint dann sofort eine weißliche Papel, die zehn Minuten lang be-

Digitized by Google

stehen bleibt. Ist die Reaktion negativ, so findet man an der Einstichstelle ein leichtes Erythem, das nach 48 Stunden verschwunden ist. Oft konstatiert man nach 24 Stunden eine erhabene, indurierte, von einer erythematösen Zone begrenzte Papel, die allmählich sich zurückbildet und am fünften Tage unter Zurücklassung einer leichten Pigmentierung verschwunden ist. Diese banale Irritation darf nicht mit einer positiven Reaktion verwechselt werden. Die positive Reaktion kann unter drei Formen auftreten: 1. Die papulöse Form erscheint 24—48 Stunden nach der Injektion. Es ist eine rote, erhabene, indurierte Papel von 7—10 mm Durchmesser. Oft ist sie von einem erythematösen Hof umgeben, der manchmal leicht ödematös aussehen kann. Diese Papel wird in den 2—3 ersten Tagen stärker, wird dunkelrot oder bläulich und geht dann wieder zurück, um in 7—10 Tagen vollständig zu verschwinden. In manchen Fällen bleibt sie 2—3 Wochen lang. 2. Die pustulöse Form besteht in ihrem ersten Stadium aus einer Papel wie die eben beschriebene, aber am vierten oder fünften Tage erscheint auf derselben eine kleine Vesikel und das Zentrum der Papel erweicht. Bald bildet sich eine Pustel mit erst halbdurchsichtigem, dann ganz eitrigem Inhalt. Der Kranke empfindet dabei ein mehr oder weniger starkes Jucken. Die Pustel eröffnet sich dann, es bildet sich eine Kruste, die nach einigen Tagen abfällt. Auch die Induration geht zurück und es bleibt oft eine kleine Narbe, immer aber eine Pigmentierung, die mehrere Monate anhält. 3. Die torpide Form ist durch die Langsamkeit charakterisiert, mit der die typische Papel auftritt. Die Injektionsstelle entfärbt sich nach 3 oder 4 Tagen, und 2—3 Wochen nachher erscheint ein beinahe immer pustulöses Element, welches denselben Verlauf wie die Pustel nimmt. Manchmal ist ein Temperaturerhöhung bis 38° mit der Luetinreaktion verbunden. Die Reaktion fehlt oder ist nur gering bei Leuten mit primären oder sekundären Erscheinungen, hingegen ist sie immer positiv in chronischen oder latenten Fällen. Auch bei der hereditären Lues ist sie gewöhnlich positiv. Bei Syphilis cerebrospinalis ist sie nur in der Hälfte der Fälle positiv. Auch bei Tabes ist sie inkonstant. Bei der progressiven Paralyse ist sie negativ bei denjenigen Formen, bei welchen der syphilitische Prozeß noch florid ist, bei den anderen positiv. Die Luetinreaktion kann fehlen trotz stark positiver WR. Bei Syphilitikern, die energisch behandelt wurden, wird die WR gradatim geringer und verschwindet zuletzt, die Luetinreaktion hingegen, die bei Beginn der Behandlung fehlen oder nur gering sein kann, wird intensiver, wenn die WR verschwindet. Ein solcher Kranker kann nur als gesund gelten, wenn auch die Luetinreaktion negativ geworden ist. Zusammenfassend kann man sagen, daß die Luetinreaktion uns ein Mittel an die Hand gibt, Syphilis im chronischen oder latenten Stadium zu erkennen, wenn die WR fehlen kann. Eine negative Luetinreaktion in chronischen Fällen mit schweren Symptomen und positivem Wassermann ist immer von schlechter Prognose. Dies ist z. B. oft bei Paralytikern der Fall. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Luetinreaktion nach Noguchi, von J. Nanu-Mascel, C. Alexandrescu-Dersca und L. Friedmann-Bukarest. (M. m. W., 1914, Nr. 23.) Die Ergebnisse, welche Verfasser an 62 Syphilitikern und 93 Kontrollfällen mit der Intradermoreaktion mit dem ihnen vom Entdecker zur Verfügung gestellten Luetin erzielten, stimmten im allgemeinen mit den von anderen Forschern berichteten Resultaten überein. Es handelte sich bei ihrem Beobachtungsmaterial um 15 Fälle von sekundärer und 37 von tertiärer Syphilis nebst 10 Tabikern. In Prozentzahlen ausgedrückt lieferten diese je 47% resp. 89% und 20% positive Resultate. Von den 93 Kontrollfällen ergaben zwei einen positiven Ausfall der Reaktion. Unter den 37 Fällen von später resp. von latenter Syphilis fanden sich zwölf, welche bei positiver Luetinreaktion einen negativen Wassermann aufwiesen. Die bisher erschienene Literatur über den Gegenstand ist ziemlich eingehend berücksichtigt.

Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Über die Intradermoreaktion mit dem Noguchischen Luetin, von G. Mattirolo und G. Botteselle-Turin. (Pathologica, 1914, Nr. 138.) Untersuchungen an 68 Patienten, von denen 60 sicher syphilitisch und 8 nicht syphilitisch waren. Die Reaktion war bei Primär- und Sekundärlues (18 Fälle) in 20% der Fälle positiv
Tertiärlues . . . . . (20 „) in 45% „ „ „
latenter Lues (WR positiv) (9 „) in 11% „ „ „
Tabes . . . . . (12 „) in 0% „ „ „
Gesunden . . . . . (8 „) in 0% „ „ „
später wurden die 12 Tabiker mit frischerem Luetin geprüft und 6 reagierten positiv. Ein Aneurysmatiker der bereits auf das ältere Luetin lokal reagiert hatte, zeigte bei der Prüfung mit den frischerem Luetin neben einer lokalen Reaktion allgemeine anaphylaktische Erscheinungen. K. Rühl-Turin.

Die Kutanreaktion bei Syphilis; zweiter Bericht, von Julian Mart Wolfsohn-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 14. Juni 1913.) Der vorliegende Bericht beruht auf der Anwendung Noguchis Luetin bei 100 Syphilisfällen und bestätigt Verfassers und anderer Verfasser bisherige Erfahrungen hiermit. Von 55 Kontrollfällen, die an Hauterkrankungen, inneren und Nervenkrankheiten litten, reagierten nur zwei fraglich, so daß sie einem Unerfahrenen Schwierigkeiten in der Deutung bereiten konnten. Wird die Luetinreaktion richtig ausgeführt, so kann sie als spezifisch bezeichnet werden. Die Reaktion ist besonders schätzenswert bei latenter und tertiärer Syphilis, ebenso bei Parasyphilis. Bei jeder negativen Reaktion müssen vier Wochen abgewartet werden, um nicht eine spät eintretende Reaktion zu übersehen. Fendt-Wiesbaden.

Die Kutireaktion der Syphilis. Versuche mit dem Luetin Noguchis, von G. Gavini. (Riforma m., 1913, Nr. 36—39.) Als spezifisch nimmt der Verfasser nur die Reaktion an, welche durch eine persistierende, von einem entzündlichen Hof umgebene Papel oder Vesikel charakterisiert ist. Es gibt natürlich wie bei jeder biologischen Methode unsichere und zweifelhafte Fälle, welche aber der Spezifizität der Reaktion keinen Abbruch tun können. Die Reaktion ist selten positiv in der ersten Zeit der Infektion. Häufiger ist sie es gegen Ende der Sekundärperiode und die häufigsten positiven Befunde werden im Tertiärstadium gefunden. Sie erreicht aber niemals die Zahl der positiven Befunde der Wassermannschen Reaktion. Sie scheint durch die spezifische Behandlung beeinflußt zu werden und nach derselben von einer positiven in eine negative überzugehen. Sie ist eine wichtige Ergänzung für die Wassermannsche Reaktion. A. Gunsett-Straßburg.

Über die Kutanreaktion von Noguchi bei Syphilis, von A. Faginoli und V. Fisichella. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Die Luetinreaktion wurde mit dem von Noguchi selbst übersandten Präparat bei 45 Syphilitikern in den verschiedenen Stadien des luetischen Prozesses und bei 45 nichtsyphilitischen Individuen ausgeführt, gleichzeitig mit der Wassermannschen Reaktion. Verfasser erhielten einen hohen Prozentsatz (83%) positiver Reaktionen bei den syphilitischen Formen des tertiären Stadiums, während die Reaktion bei primärer Syphilis konstant negativ und in Fällen sekundärer Lues nur in einigen Fällen positiv war. Es bestätigte sich, daß unter den Fällen von sekundärer Syphilis vorwiegend die energisch behandelten reagieren. Bei latenter Syphilis ergab die Reaktion in 58% der Fälle ein positives Resultat, hingegen trat die charakteristische Kutanreaktion bei nichtsyphilitischen Individuen niemals auf. G. Heymann-Elbing.

Kutireaktion mit Luetin (Noguchi) bei Syphilis, von Desneux. (J. de Bruxelles, 1913, Nr. 37.) Intradermale Injektion von Luetin ruft nur bei Syphilitischen, nie bei Normalen eine Reaktion hervor. Und zwar reagieren Sekundärsyphilitische nicht, dagegen Tertiärsyphilitische fast ausnahmslos. Ebenso reagiert Nervensyphilis, allein Tabes und Paralyse

Digitized by Google

nicht. Die Luetinreaktion kann also, selbst bei negativem Wassermann, große diagnostische Dienste in manchen Fällen viszeraler Syphilis leisten. R. Frühwald-Leipzig.

Über Hautreaktionen mit Noguchis Luetin bei Paralytikern, von L. Benedek-Klausenburg. (M. m. W., 1913, Nr. 37.) Die mit dem von Noguchi dargestellten Luetin zu erzielende kutane Reaktion hat Verfasser bei 21 Fällen von Dementia paralytica geprüft, sowie, als Kontrolle, bei 10 Fällen von Dementia praecox, einem Fall von Lues latens und 3 Fällen von Lues cerebri. An einer farbigen Tafel sind die klinischen Erscheinungen und an 8 Mikrophotogrammen die histologischen Verhältnisse dargelegt. Von den Paralytikern ergaben 16 (19,7%) ein negatives Resultat, die übrigen ein positives, wobei je nach der Intensität die Reaktion als stark (28 mal), mittelstark (23) oder schwach zu bezeichnen war. Unter den Kranken mit Dementia praecox gab nur ein einziger eine (schwache) Reaktion. Die 3 Fälle von Hirnlues reagierten alle in ziemlich gleichmäßiger Weise in einer Form, welche die Erwartung, hier ein differentialdiagnostiches Hilfsmittel zwischen diesem Leiden und der Dementia paralytica gewinnen zu können, begründet erscheinen läßt. Die positiv reagierenden Paralytiker zeigen schon nach 24 bis 48 Stunden an der Injektionsstelle einen lebhaft geröteten Hof und Prominenz um eine kleine Papel bis zu Bohnen- und Markstückgröße. In den folgenden 2 Tagen nehmen diese Erscheinungen noch zu. Die 3—5 mm betragende Papel entwickelt bald zentral, bald exzentrisch eine Pustel von 2—3 mm Durchmesser, welche sich bald ohne Gewebsdefekt entleert. Den Höhepunkt erreicht die Reaktion meist am sechsten Tage. Bei der zerebralen Lues waren die Vorgänge entschieden stürmischer: am fünften Tage hatte der lebhaft rote Hof einen Durchmesser von 3—5 cm und trug in seiner Mitte einen haselnußgroßen, massiven, dunkelroten Knoten, dessen Ränder stufenweise in die entzündete ödematöse Umgebung übergingen. Nach 7 Tagen noch war hier eine wohlausgebildete Blase mit ziemlich dickem, bräunlichgelbem Inhalt zu konstatieren, und nach 3 Wochen waren noch Reste der Reaktion bemerkbar. Philippi-Salzschlirf.

Hautreaktion der Paralytiker auf Noguchisches Luetin, von L. Benedek-Kolozsvár. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 46.) Von dem durch Noguchi dargestellten Luetin nahm Verfasser zu einer Injektion 0,07 ccm, die er mit 0,03 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung verdünnt hat. Die 0,1 ccm betragende Flüssigkeit injiziert er mit einer feinen Nadel möglichst oberflächlich in die Haut. In negativen Fällen erhebt sich die Injektionsstelle einige Stunden später als kleine Quaddel mit einem Durchmesser von 2—4 mm. 20—24 Stunden später wird der Hof blaßrot, 24—36 Stunden bleibt die Färbung nach Verfassers Wahrnehmung von gleichmäßiger Stärke und wird erst allmählich blasser. Eine Ausnahme war die Blutung, die in den ersten 48 Stunden als traumatische Reaktion hervorgerufen war. Die bei positiven Reaktionen sich zeigenden Erscheinungen waren lebhafter rot und erheben sich mehr über die Haut. Ausnahmsweise war der Hof stark ödematös. Am 3.—4. Tage ist die Reaktion noch ausgeprägter, und es bildet sich eine Pustel im Durchmesser von 2—3 mm, die sich spurlos verliert. Am 4. bis 5. Tage sind die Reaktionen ausgeprägter. Bezüglich der Stärke der Reaktion können drei Grade unterschieden werden: stark, mittelstark und schwach. An 95 Patienten nahm Verfasser die intradermale Reaktion vor: bei 81 Dementia paralytica progressiva, 10 Dementia praecox, 3 Lues cerebri und 1 Lues latens. Das Resultat zeigt folgende Tabelle:

Diagnose	Fälle	Stark	Mittelstark	Schwach	Negativ
		in %			
Dementia par.	81	28 = 34,6	23 = 28,9	14 = 17,9	16 = 19,7
„ praecox	10	—	—	1 = 10	9 = 90
Lues latens	1	—	—	—	—

Digitized by Google

Bei 81 Fällen von Paralysis progressiva waren 80,40% mit + Reaktion, während die als Kontrolle benutzten 10 Dementia praecox nur 1 Fall + Reaktion ergeben hat. In 3 Fällen von Lues cerebri war an der Injektionsstelle am 5. Tage ein lebhaft roter Hof mit einem Durchmesser von 3,5—4 cm, in deren Mitte sich ein haselnußgroßer, konsistenter, dunkelroter Knoten entwickelt hat, dessen Ränder allmählich in die entzündete und ödematöse Umgebung übergingen. In einem Falle erreichte das entzündete Ödem die Ausdehnung der Größe einer Kinderfaust. In der Mitte war eine Blase, welche sich zwischen dem 8. und 10. Tage entleerte und dann verschwand. 3 Wochen später kann noch ein flacher, bohnengroßer Knoten herausgefühlt werden, über dem die Haut rostbraun gefärbt ist. In allen 3 Fällen war „gummaartige" Reaktion. Verfasser schnitt einem Patienten aus dem gummaartig veränderten Hautteil ein Stück heraus und untersuchte es nach Behandlung mit Formalin, Paraffin, Hämatoxylin, Eosin mikroskopisch. Bei den einzelnen aus der Randzone der Effloreszenz angefertigten Schnitten ist die Ausdehnung der Infiltration in den Follikeln und den Glandulae sudoriferae auffallend. Ein guter Teil der Arterien war entzündlich infiltriert. Herdartige und diffuse Infiltrationsflächen konnten nachgewiesen werden. Die Infiltration bilden einkernige, kleine Kugelzellen, unter denen aber in auffallender Zahl polynukleäre und polymorphe Leukozyten sind. Die Wände der Blutadern zeigen an und für sich keine Veränderung. Das mikroskopische Bild ist also wegen der Anordnung und Gestaltung der Riesen- und Epitheloidzellen und der Infiltrationsgebiete interessant.

Porosz-Budapest.

Noguchis Luetinreaktion, von Axel Cedercreutz. (Finska läkaresellsk. handlingar, Oktober 1913.) Von elf Fällen tertiärer Lues reagierten acht mit Luetin positiv. Die drei, welche negativ reagierten, hatten sämtlich eine positive Wassermann-Reaktion. Es handelte sich in zwei Fällen um Lues cerebri und in einem Falle um ulzeröse Hautsyphilide. Unter 40 Kontrollfällen (Blennorrhoe und Hautkrankheiten), die alle eine negative Wassermann-Reaktion hatten, zeigten zehn eine deutlich positive Luetinreaktion und in drei von diesen Fällen war die Reaktion sogar pustulöser Art. Betreffend die Luetindiagnostik teilt C. den von Boas und Ditlevsen eingenommenen reservierten Standpunkt.

W. Holland-Kristiania.

Die Noguchische Luetinreaktion bei der Syphilis, von G. B. Foster-Leavenworth. (Am. J. m. scienc., November 1913.) Verfasser hat die Reaktion mit Noguchischem Luetin bei 70 Syphilitikern und als Kontrolle bei fünf gesunden Individuen ausgeführt. Unter den Kontrollfällen gab einer, ein kräftiger junger Soldat, bei welchem die sonstige genaue Untersuchung durchaus keinen Anhaltspunkt für Lues lieferte, auch eine typische ausgesprochene Reaktion. Es scheint, daß der Großvater mütterlicherseits mehrere Jahre lang tabische Erscheinungen darbot, und Verfasser ist geneigt, den bei dem Enkel vorhandenen Zustand der Allergie auf eine ererbte Anlage zurückzuführen. Da die Bedingungen für das Zustandekommen der Wassermannschen Reaktion andere sind als diejenigen der Luetinprobe, war bei nur relativ wenigen Fällen eine Übereinstimmung der beiden Ergebnisse zu konstatieren. Verfasser betont dagegen besonders die günstige Bedeutung des negativen Ausfalls beider Proben bei hinreichend behandelten Patienten, wie dies bei vier von seinen Fällen zutraf.

Philippi-Salzschlirf.

Über die Luetinintrakutanreaktion bei Syphilis und einigen infektiösen Erkrankungen, von Lagane. (Soc. méd. d. hôp., 12. Dezember 1913.) Die Versuche wurden an 50 Syphilitikern und Kranken mit infektiösen Krankheiten angestellt. Bei primären, sekundären und tertiären Symptomen stimmten die Angaben der Luetinprobe mit der Wassermannschen Reaktion überein. Bei Latentsyphilitischen mit negativem Wassermann war in der Hälfte der Fälle die Luetinreaktion positiv. Bei den Testfällen

Digitized by Google

mit Typhus, Blennorrhoe und Rekurrens, desgleichen bei normalen Individuen war sie negativ. Aber bei vier wahrscheinlich nichtsyphilitischen war sie positiv. Unter diesen handelte es sich je einmal um Trypanosomenerkrankung, Scharlach und Syringomyelie.
A. Gunsett-Straßburg.

Kutireaktion mit Luetin bei Syphilis, von J. Desneux. (J. de Bruxelles, 1914, Nr. 1.) Verfasser stellt vier Fälle, denen Luetin injiziert worden war, vor; ein Syphilisfreier und ein Tabiker reagierten nicht, einer mit einem Rachengumma und einer mit Meningomyelitis dagegen deutlich. Diese Erfahrungen haben sich dem Verfasser bei allen Versuchen bestätigt; namentlich hervorzuheben ist, daß Patienten mit tertiärer Syphilis reagieren, solche mit Tabes oder Paralyse dagegen nicht. Daraus geht hervor, daß die ehemalige Parasyphilis, obwohl ihre syphilitische Natur durch die Befunde Noguchis erwiesen ist, doch anders zu bewerten ist, als die Nervensyphilis. Die Hautallergie fehlt bei ihr. R. Frühwald-Leipzig.

Die Kutireaktion Noguchis bei der Syphilis durch Luetin, von K. Grön. (M. Revue, 1914, Nr. 1, Norwegen.) Übersichtsreferat. W. Holland-Kristiania.

Weitere Beobachtungen über die Intrakutanreaktion mit dem Luetin von Noguchi, von Faginoli und V. Fisichella. (B. kl. W., 1914, Nr. 10.) Die Verfasser bringen in dieser zweiten Mitteilung ihre Erfahrungen, die sie bei weiteren 48 Patienten mit Luetin gemacht haben. Es zeigt sich wieder ein hoher Prozentsatz positiver Ergebnisse besonders bei latenter Syphilis und bei Parasyphilitikern. Daraus ergibt sich schon jetzt die hervorragende praktische Bedeutung der Kutanreaktion von Noguchi.
G. Heymann-Elbing.

Vergleich des cholesterinisierten mit dem nichtcholesterinisierten (Noguchi) Antigen bei der Wassermannschen Reaktion, von Charles C. W. Judd-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 25. Juli 1914.) In 269 Fällen von Blutserumuntersuchungen erhielt man mit beiden Antigenen die gleichen Resultate, nämlich 116 waren positiv, 16 unbestimmt und 137 negativ. Ebenso waren die Resultate identisch bei der Untersuchung von 14 Spinalflüssigkeiten mit beiden Antigenen. Ungleich waren die Resultate in 110 Fällen von Blutserum- und 7 von Spinalflüssigkeitsuntersuchungen. Im ganzen also erhielt man bei 379 Blutserumuntersuchungen $269 = 71\,\%$, und bei 21 Spinalflüssigkeitsuntersuchungen $14 = 66{,}66\,\%$ gleiche Resultate mit beiden Antigenen. Ungleiche Resultate erhielt man bei 110 Blutserumuntersuchungen $= 29{,}05\,\%$ und bei 7 Spinalflüssigkeitsuntersuchungen $= 33{,}33\frac{1}{3}\,\%$. Von den 110 Seren zeigten 105, oder $95{,}4\,\%$, eine größere Komplementfixation mit cholesterinisiertem, als mit nichtcholesterinisiertem (Noguchi) Antigen, dagegen zeigten 5, oder $4{,}6\,\%$, eine größere Hemmung der Hämolyse mit Noguchi-Antigen als mit cholesterinisiertem. Konklusionen: 1. Cholesterinisiertes Antigen ergibt keine nennenswerte Zahl nichtspezifischer Reaktionen. 2. Dasselbe deckt manche Fälle von Lues auf, die mit Noguchi-Antigen keine positiven Resultate geben. 3. Es ist zwar dem Einfluß einer Behandlung unterworfen, wird aber doch durch therapeutische Maßnahmen weniger leicht seiner Wirksamkeit beraubt. 4. Es hält sich glänzend, ist immer brauchbar und leicht zu präparieren. 5. Es ist ein ideales künstliches Antigen.
F. John-Leipzig.

Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis, von Ellis und Swift. (J. Exper. M. [Am.], 1913, Bd. 18, Nr. 2.) Die Verfasser halten die Lumbalpunktion für eine einfache Prozedur, die bei Stellung der Prognose absolut nicht vernachlässigt werden darf, da ein negativer Wassermann des Blutes keinerlei Aufschluß darüber gibt, ob das Nervensystem affiziert ist. Kein Syphilitischer sollte als geheilt entlassen werden, solange nicht die Spinalflüssigkeit untersucht und normal befunden worden ist.
W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Eine Studie über die Spinalflüssigkeit von hundert Syphilisfällen, einschließlich Untersuchungen auf Arsen nach intravenöser Anwendung von Neosalvarsan, von M. F. Engman, Rudolph Buhman, F. D. Gorham und R. H. Davis-St. Louis. (J. Am. m. Assoc., 6. September 1913.) Aus der ausführlichen Arbeit können nur einige Punkte angeführt werden. Von 36 Fällen von Frühsyphilis — bis zu zwei Jahren nach der Infektion — gaben drei eine positive Wassermann-Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit und eine hohe Lymphozytenzahl (8,3%); ein anderer, ohne klinische Symptome, ergab als Zellenzahl 30 und Globulinvermehrung; ein Patient mit trägen Reflexen hatte 42 Lymphozyten und Globulinvermehrung; bei einem Fall mit ungleichen Pupillen, war der Befund in der Flüssigkeit positiv. In keinem dieser Frühfälle mit positiven Reaktionen waren Hautsymptome vorhanden. Von 64 Fällen von Spätsyphilis — mehr als zwei Jahre nach der Infektion — gaben 21 (34,4%) eine positive Wassermann-Reaktion. 16 von diesen boten deutliche Zeichen von Zerebrospinalsyphilis, von Kopfschmerzen und Pupillenveränderung an bis zu Tabes und Paralyse. Von den 29 Patienten mit Hautsymptomen gab nur einer eine positive Spinalreaktion. In 13 Fällen dieser Gruppe war bei negativer Wassermann-Reaktion die Zellenzahl über zehn; siebenmal war die Zellenzahl zwölf; einmal 15, einmal 17 und dreimal 20; bei allen bestand keine Globulinvermehrung, mit Ausnahme einer schwachen bei einem Fall. Bei einem anderen Patienten betrug die Anzahl der Lymphozyten 43; dabei Globulinvermehrung, aber negative Wassermann-Reaktion. Klinische Diagnose hierbei Aortenaneurysma, wahrscheinlich auf luetischer Grundlage. Nur sechs von den untersuchten 100 Fällen hatten einen positiven Spinalbefund — positive Wassermann-Reaktion, Lymphozytenzahl über zehn und Globulinvermehrung — ohne nachweisbare klinische Beteiligung des Zentralnervensystems. Im Verlauf der Untersuchungen tauchte der Gedanke auf, ob nicht die durch Spinalpunktion entnommene Flüssigkeit nach der hierauf vorgenommenen intravenösen Salvarsaninfusion durch eine mit Arsen überladene ersetzt würde. Zur Prüfung dienten vier Fälle von Paralyse. Durch Spinalpunktion wurden je 10 ccm Spinalflüssigkeit entfernt und hierauf eine Volldose von Neosalvarsan intravenös verabreicht. In zwei Fällen wurde 48 Stunden, in den beiden anderen 98 Stunden später die Spinalpunktion wiederholt und die Flüssigkeit auf Arsen untersucht; in allen vier Fällen mit negativem Resultat. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß erstens nur ein verhältnismäßig geringer Prozentsatz der Syphilitiker einen serologischen und zytologischen Befund in der Zerebrospinalflüssigkeit aufweist und daß zweitens, wenn eine solche Invasion vorhanden ist, gewöhnlich auch frühzeitige klinische Erscheinungen nicht vermißt werden. Fendt-Wiesbaden.

Verschiedenes.

Geh. Med.-Rat Prof. Albert Neisser-Breslau feiert am 22. Januar, Prof. Gustav Riehl-Wien am 10. Februar den 60. Geburtstag.

Die Stabsärzte Prof. Theodor Cohn, Privatdozent für Urologie in Königsberg i. Pr., und Prof. Ferdinand Zinsser, Dozent an der Kölner Akademie für praktische Medizin, dirigierender Arzt an der Krankenanstalt Lindenburg, wurden zu Oberstabsärzten befördert.

Oberstabsarzt Dr. Arthur Arno Thalmann in Dresden erhielt das Ritterkreuz 1. Kl. des Königl. Sächs. Verdienstordens mit Schwertern, Oberarzt d. R. Dr. Heinrich Plöger, Assistent der dermatologischen Poliklinik in München, den Königl. Bayer. Militärverdienstorden IV. Kl. mit Schwertern.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Januar 1915 | Nr. 3 | Band 60

Aus der Abteilung für Hautkrankheiten der Städtischen Krankenanstalten zu Dortmund (Leitender Arzt San.-Rat Dr. Fabry).

Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel (Syringadenoma papilliferum)[1].

Von

Adolf Fischer, Sekundärarzt.

(Mit 1 Tafel und 2 Abbildungen im Text.)

Unter den nävusartigen Erkrankungen der Haut dürfte wohl folgender Fall sowohl in bezug auf seinen mikroskopischen Befund als auch auf seine therapeutische Beeinflussung von Interesse sein.

Hedwig K., 11 J. alt, wurde anfangs Januar 1913 in die hiesige Hautklinik wegen warzenartiger, dabei nach Angabe der Patientin stark juckender Wucherungen auf der Haut der linken Leistenbeuge-, Oberschenkel- und Hüftgegend aufgenommen. Nach Angabe der Mutter und nach unserer eigenen längeren Beobachtung hatten sich die Geschwülstchen allmählich verbreitert, so daß jetzt einer weiteren Ausdehnung durch operative Behandlung vorgebeugt werden sollte. Patientin, die für ihr Alter ein kräftig entwickeltes und sehr intelligentes Mädchen ist, hat diese Hauterscheinung seit ihrer Geburt. Anfangs nur ganz vereinzelt, kaum sichtbar, nahmen die Erhebungen im Laufe der Jahre sowohl an Größe als auch an Ausdehnung, wenn auch sehr langsam zu. Patientin stammt aus gesunder Familie, und eine ähnliche Erkrankung wie die vorliegende ist daselbst nicht nachzuweisen.

Die knötchenartigen Gebilde erstrecken sich, beginnend ungefähr in der Höhe des linken Poupartschen Bandes (siehe Tafel 2 Fig. 1), dicht neben dem Mons veneris, in etwa Handtellerbreite herab bis auf das obere Drittel der Vorderfläche des linken Oberschenkels, sodann etwa in derselben Höhe lateralwärts am Oberschenkel weitergehend, um sich wieder in mehr bandförmiger Ausdehnung bis in die unmittelbare Nähe der Mitte des linken Darmbeinkammes nach oben zu wenden (siehe Tafel 2 Fig. 2).

Makroskopisch findet man hier etwa hirsekerngroße bis fast erbsengroße Knötchen, von blaßroter bis bläulichroter Farbe und ziemlich derber Konsistenz, teilweise ganz vereinzelt stehend, teilweise zu größeren Plaques konfluierend. Die Haut in der Umgebung der Knötchen ist nicht erythematös, zeigt auch sonst keinerlei pathologische Veränderungen. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Knötchen beobachtet man auf allen Knötchen in der Mitte eine kleine Einsenkung (Delle), aus der bei stärkerem Druck eine etwas blutig gefärbte, seröse Flüssigkeit hervorquillt. Hier und da sieht man diese

[1] Fabry: Demonstration einer Moulage nebst mikroskopischen Schnitten hierüber bereits September 1913 auf dem Kongreß der Deutsch. Dermat. Gesellschaft in Wien. (Arch. f. Derm., Bd. 119, S. 177.)

Digitized by Google

Einsenkung mit einem kleinen, braunen, ziemlich festhaftenden Schorf verschlossen. Subjektiv bestand heftiger Juckreiz. Um diese Wucherungen nun zu entfernen, wurde zunächst CO_2-Schneebehandlung an mehreren Stellen gleichzeitig angewandt, mit relativ gutem Erfolg; jedoch infolge der großen Empfindlichkeit der Patientin war die Weiterbehandlung nicht mehr durchzuführen. Schließlich wurden in Narkose sämtliche Knötchen mit dem scharfen Löffel abgekratzt und mehrere Stellen noch nachträglich kaustisch behandelt. Nach anfänglich scheinbarem Erfolge zeigten sich jedoch bereits nach etwa 8 Wochen wieder auf der alten Stelle neue knötchenartige Wucherungen von demselben Aussehen wie die früher hier bestandenen. Eine sehr gute Heilung erfolgte erst später, nachdem Patientin in der Bonner Hautklinik längere Zeit mit Mesothorium behandelt worden war. Uns stand damals Mesothorium oder Radium noch nicht zur Verfügung.

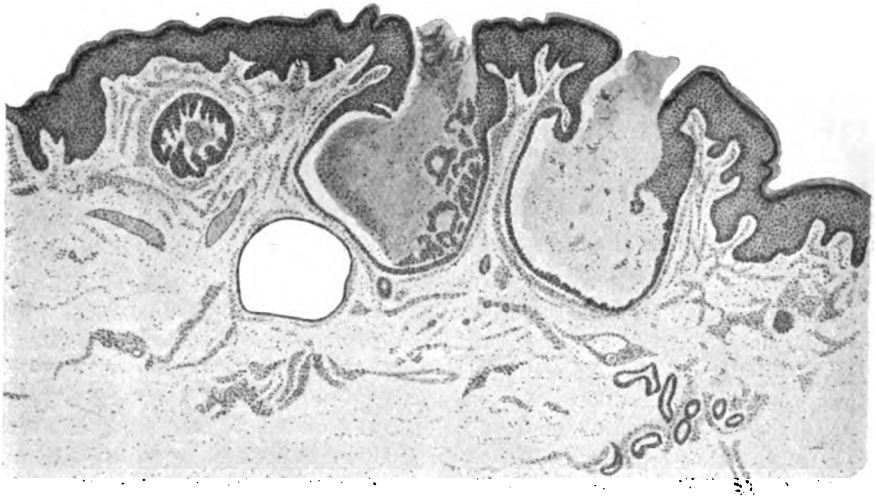


Fig. 1.

Zweifellos handelt es sich hier um einen systematisierten Nävus, der in Zusammenhang steht mit den Schweißdrüsenausführungsgängen. Alle Publikationen über Schweißdrüsennävi zeigen nämlich das gemeinsame Symptom einer zentralen Delle in der Mitte der Knötchen. (Publ. von Hallopeau und Fabry über Naevus porokeratodes.) Ferner ist die Porokeratosis Mibelli, die ja von manchen Autoren als generalisierter Nävus aufgefaßt wird, in ihren primären Knötchen gleichfalls durch die zentrale Delle charakterisiert. Die Effloreszenzen bei der Porokeratosis Mibelli sowie beim Naevus porokeratodes sind warzig hart. Pathologisch-anatomisch findet dies seine Erklärung dadurch, daß sich im histologischen Bilde gleichzeitig eine starke Hyperkeratose zeigt. In unserem Falle fühlten sich die Tumoren weich an, wie die sog. weichen Nävi. Der Fall deckt sich klinisch mit dem von Werther publizierten Fall. Denn beide Fälle sind 1. systematisiert, 2. decken sie sich vollständig bez. der Primäreffloreszenz (teigige Beschaffenheit, Delle), 3. zeigten sie den

Digitized by Google

gleichen therapeutischen Endeffekt, insofern als alle therapeutischen Maßnahmen vergeblich waren, abgesehen von Radium- und Mesothoriumbehandlung. Letzterer Behandlung scheint sich für die Nävi überhaupt ein sehr dankbares Feld zu erschließen; 4. verursachten sie dem Träger keinerlei Beschwerden.

Zur Feststellung einer genauen Diagnose wurde ein etwa pfennigstückgroßer Herd exzidiert und von Prof. Schridde (Path. Institut der Städt. Krankenanstalten) mikroskopisch näher untersucht. Die Färbung geschah mit Hämatoxylin.

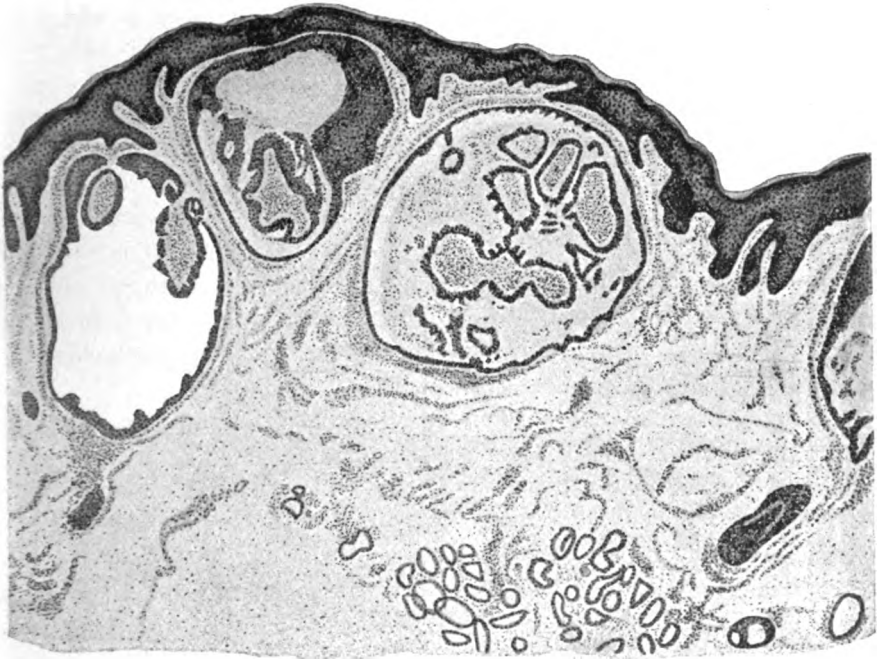


Fig. 2.

In Fig. 1 sind die auffallendste Erscheinung Einsenkungen des Epithels, die zystenartig erweitert tief in das Korium hineinreichen. In dem Schnitt sind zwei derartige Einsenkungen, die dicht nebeneinander liegen, senkrecht getroffen; der Schnitt gibt so die Verhältnisse an der Oberfläche sehr schön wieder. Die Einsenkungen entsprechen den Dellen, die an allen Tumoren klinisch als Charakteristikum in die Erscheinung treten und die gleich von vornherein auf die Vermutung führten, daß die Affektion mit den Schweißdrüsen und zwar mit den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen zusammenhänge.

In Fig. 2 sind die zystenartigen Erweiterungen schräg getroffen und daher sehen wir rundliche zystenartige Erweiterungen vor uns und die

Digitized by Google

Epidermis zieht scheinbar intakt darüber hinweg. Abgesehen von den Einstülpungen zeigt die Epidermis und die Kutis ziemlich normale Verhältnisse, vor allem keine entzündlichen Erscheinungen. Aus beiden Schnitten und aus einer ganzen Reihe anderer, die untersucht wurde, geht hervor, daß die zystischen Erweiterungen mit den Schweißdrüsenglomeruli zusammenhängen und die erweiterten Pori derselben darstellen. Die Schweißdrüsen selbst zeigen in beiden Schnitten keinerlei entzündliche Erscheinungen.

Wenden wir uns nun einer genaueren Beschreibung der zystischen Erweiterungen zu, so sind in Fig. 1 drei getroffen, zwei längs und eine kleinere schräg oder quer, in Fig. 2 sind drei schräg getroffen und ganz ist eine vierte eben gestreift.

Alle diese Zysten weisen nun im Lumen papilläre Wucherungen auf; der Inhalt der Zysten ist Detritus. Die auffälligste Erscheinung ist, daß alle Zysten ohne Ausnahme und ebenso alle die papillären Wucherungen mit mehrreihigem Zylinderepithel bedeckt sind. Der histologische Befund bestätigt also die klinische Diagnose, daß die Affektion mit den Schweißdrüsen zusammenhängt und zwar mit der Entwicklungsgeschichte derselben (mehrschichtiges Zylinderepithel), danach in das Gebiet der seltensten Nävusformen gehört, die mit der Entwicklungsgeschichte der Schweißdrüsen in Zusammenhang stehen.

Vergleicht man nun unseren histologischen Befund mit dem von Werther publizierten, so ist sofort klar, daß in beiden Fällen eine ganz analoge klinische und histologische Veränderung vorliegt; auch unterliegt es keinem Zweifel, daß bislang derartige Fälle in der Literatur nicht beschrieben wurden. Die Fälle ergänzen somit die ohnehin schon so interessante und umfangreiche Literatur der systematisierten Nävi im allgemeinen und der mit der Entwicklung der Schweißdrüsen im Zusammenhang stehenden im besonderen und zeigen, daß unsere Kenntnisse über letztere keineswegs abgeschlossen sind, und daß es sich ganz gewiß lohnt, jeden einzelnen Fall vor allem histologisch zu untersuchen.

Literatur.

Werther, Syringadenoma papilliferum. Arch. f. Derm., Bd. 116, S. 865.

Digitized by Google

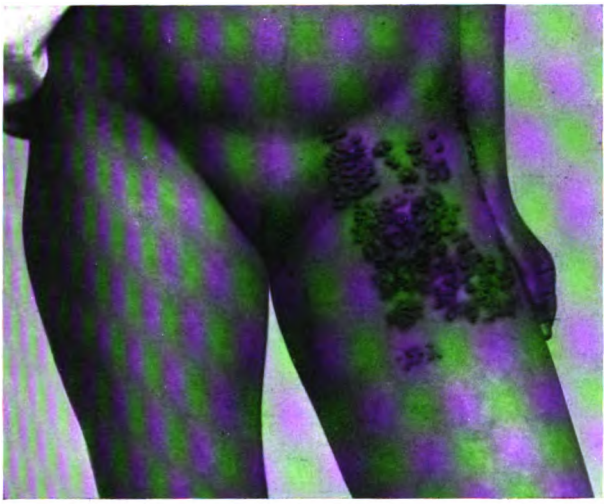


Fig. 1.

Fig. 2.

Digitized by Google

Digitized by Google

Aus der Praxis.

Aus der dermatologischen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Budapest
(Chefarzt: Prof. Dr. Ludwig Török).

Über Embarin.

Von

Dr. Alfred Róth.

Bei Behandlung mit dem kombinierten Salvarsan-Quecksilber müssen wir auf den eventuellen Arsengehalt des Quecksilberpräparates bedacht sein, daß wir nicht durch minimale Arsendosen die Spirochäten „arsenfest" machen und hierdurch die Salvarsanwirkung vermindern. Aus diesem Grunde ist Enesol zur kombinierten Behandlung weniger geeignet. Dasselbe ist vom Corrosol zu verzeichnen. Die zuletzt genannten zwei löslichen Salze besitzen auch eine schwächere Wirkung. All diese obenerwähnten Fehler auszumerzen, wäre das Embarin berufen, welches von der Radebeul-Dresdener chemischen Fabrik Heyden uns zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt wurde.

Lorb und Sowade, die dieses Mittel zuerst versuchten, loben dessen antiluetische Wirkung. Nach ihren Angaben zeigten sich bei Verwendung des Embarins weder Infiltrate noch Abszesse an der Injektionsstelle und werden weder die Nieren noch der Darmkanal gereizt. Nach diesen Äußerungen haben wir gern die zur Verfügung gestellte Versuchsquantität entgegengenommen und haben die Wirkung des Mittels an 25 Kranken beobachtet.

Embarin ist die $6^2/_3$ %ige Lösung des merkursalizylsauren Natriums, welche außerdem $^1/_2$ % Akoin enthält. Embarin enthält 3 % Quecksilber, und so entspricht 1 ccm Embarin 0,03 g Quecksilber. Infolge dieses hohen Quecksilbergehaltes steht Embarin über allen in Verwendung stehenden löslichen Quecksilbersalzen.

Nach der Zusammenstellung Planners (Mediz. Wochenschrift, 1913, Nr. 40) enthält

1 ccm	1 %ige	Sublimatlösung	0,0074	Quecksilber
1 „	2 %ige	„	0,0148	„
1 „	5 %ige	„	0,02	„
1 „	Asurol		0,0125	„
1 „	Embarin		0,03	„

Im nachfolgenden teile ich einige Krankengeschichten mit:

1. L. W., Schneider, 38 Jahre alt. 14. VII. 1913. Hatte vor einem Jahre eine Sklerose. Gegenwärtig Roseolen am Rumpf und große Plaques an beiden Tonsillen. Beim Schlucken heftige Schmerzen. WR ++++. Therapie: Embarininjektionen kombiniert mit Joha.

15. VII. 0,2 Joha. Vom 17.—20. VII. täglich Embarininjektionen. 21. VII. 0,2 Joha. 22. VII. Die Roseolen am Rumpf sind verschwunden, Plaques kleiner, Schlingbeschwerden gelinder. Erhält neuerlich Embarin. 28. VII. Plaques verschwunden.

2. VIII. Erscheinungslos. WR +. Erhält Embarin weiter.

14. VIII. Keine Erscheinungen, erhielt bisher 20 Embarin.

4. IX. WR —. 26. IX. Erscheinungslos.

2. S. J., Kommis, 31 Jahre alt. 12. XI. 1913. Infektionen vor 8 Jahren, wurde damals mangelhaft behandelt. Gegenwärtig sieht man am ersten Drittel der Mittel des rechten Unterschenkels eine geschwürige kronengroße Gumma. WR —. Therapie: Erhält jeden zweiten Tag Embarininjektionen, lokal Sublimatverbände. 20. XI. Geschwür auffallender, lebhafte Granulation sichtbar. 24. XI. Gumma bis zur Hälfte verheilt. 15. XII. Nach 15 Embarininjektionen Gumma verheilt. 18. XII. Erscheinungslos. WR —.

Digitized by Google

3. J. Sz., Schuster, 38 Jahre alt. 9. XI. 1913. Infektion vor 6 Jahren, erhielt damals 36 Injektionen. St. pr.: An der unteren Oberfläche der Zunge Plaques. WR +++. Therapie: Täglich eine Embarininjektion, 12. XI. St. idem. 20. XI. Von den Plaques unter der Zunge nur noch Spuren. 22. XI. Plaques verschwunden. 10. XII. Ohne Erscheinungen. WR +++. 8. I. Keine Erscheinungen. WR +. Erhielt im ganzen 30 Embarin. Hat die Injektionen bis zum Schluß gut vertragen.

4. H. J., Agent, 38 Jahre alt. 28. XI. 1913. Infektion vor 20 Jahren, erhielt damals 8 Einreibungen. St. pr.: Rand der Zunge stark exulzeriert, stellenweise kleine Leukoplaquesinseln. Rücken der Zunge stark gefurcht und an mehreren Stellen geschwürig. Starker Geruch aus dem Munde. WR +++. Therapie: Erhält täglich Embarininjektionen, Geschwüre werden mit Jodtinktur gepinselt. 2. XII. Die am rechten Rand der Zunge befindlichen Geschwüre beginnen sich zu reinigen. Mundgeruch verschwunden. 6. XII. Die am Rücken als auch auf der linken Seite der Zunge befindlichen Geschwüre beginnen sich auch zu reinigen. 10. XII. Rücken der Zunge ist gleichmäßiger, erhält 0,2 Joha. 14. XII. Zunge ist belegt. 20. XII. Hinterer Teil der Zunge ist noch belegt. Geschwüre sind verheilt. 4. I. Ohne Erscheinungen. 10. I. WR —.

5. G. B., Mediziner, 23 Jahre alt. 16. XII. 1913. Hat seit einer Woche an der Oberlippe eine haselnußgroße geschwürige Sklerose. Spirochätenbefund positiv. Therapie: Erhält täglich Embarin. 20. XII. Die Sklerose reinigt sich. 24. XII. Die Sklerose ist kleiner. Erhält Embarin jeden zweiten Tag. 30. XII. An der Stelle der Sklerose ist ein kleines erbsengroßes Infiltrat zu spüren. 10. I. Keine Erscheinungen. Erhält 0,4 Joha. 12. I. Keine Erscheinungen. 17. I. Keine Erscheinungen. WR —.

6. S. P., Arbeitersfrau, 40 Jahre alt. 24. II. 1914. Erinnert sich an keine Infektion. Am Halse, Rachen, an der mit Haaren bedeckten Kopfhaut große Papeln. Auch an der rechten Kniebeuge, so auch in der Gegend des linken Glutkalis sind große Papeln. Ist heiser, klagt über Kopfschmerz. Therapie: Erhält täglich Embarininjektionen. WR +++. 2. III. Heiserkeit geringer, Kopfschmerz kaum noch, Papeln sind blasser. 6. III. An Stelle der Papeln stärkere Pigmentation. Erhält Embarin jeden zweiten Tag. 20. III. Stelle der Papeln kaum sichtbar, Befinden gut. WR ++. Geringere Gingivitis. 30. III. Gingivitis verschwunden. 10. IV. Erhielt insgesamt 26 Embarininjektionen. Keine Erscheinungen. WR —.

7. St. N., Kellnersgattin, 23 Jahre alt. 20. III. 1914. Erinnert sich an keine Infektion. Ist seit 4 Jahren verheiratet und Mutter eines Kindes. Einmal abortiert. Gegenwärtig am unteren Drittel beider Unterarme zirzinär angeordnete Papeln. WR ++. Erhält täglich eine Embarininjektion. 30. III. Die am Unterarm befindlichen Papeln sind in Rückbildung begriffen. 9. IV. An den Stellen der Ausschläge ist noch eine geringe Infiltration zu tasten. 14. IV. An der Stelle der Ausschläge ist eine stärkere Pigmentation zu sehen. WR ++. Erhielt im ganzen 16 Embarininjektionen.

8. Julie Sz., Büglerin, 25 Jahre alt. 25. III. 1914. Infektion Ende 1912. Letzte Behandlung vor 2 Monaten. Gegenwärtig an beiden Tonsillen Papeln. Therapie: Täglich eine Embarininjektion. WR ++. 4. IV. Die Plaques an den Tonsillen sind verschwunden. Kopfschmerzen, appetitlos. 7. IV. Kopfschmerz hat aufgehört. Injektionen werden gut vertragen. 14. IV. Keine Erscheinungen. WR ++. Behandlung wird fortgesetzt.

9. K. J., Mediziner. 16. III. 1914. Infektion vor einem Jahre. Derzeit symtomenfrei. WR +++. Therapie: Täglich eine Embarininjektion. 15. IV. Bekam insgesamt 20 Injektionen. WR —.

Einen ähnlichen Verlauf konnten wir noch in weiteren 17 Fällen konstatieren. Im nachfolgenden Fall waren wir indes bemüßigt, zu anderen Medikamenten zu greifen.

G. K., Chemiker, 32 Jahre alt. 3. VIII. 1913. Infektion vor 2 Jahren. St. pr.: An beiden Arcus pharyngei zahlreiche Plaques. 3. VIII. —. 12. VIII. Täglich Embarininjektionen, indes bleiben die Plaques unverändert. Am 13. VIII. Erhält 1 ccm vom 10%igen Hydrargyrum salicylicum. Am 17. VIII. Dasselbe. Die Erscheinungen sind unverändert. 23. VIII. St. idem. 24. VIII. 0,2 Joha. 26. VIII. St. idem. 27. VIII. Erhält eine $^1/_2$ grammige Kalomelinjektion. 28. VIII. Die Plaques sind kleiner. 31. VIII. Neuerlich $^1/_2$ g Kalomelinjektion. 2. IX. Plaques verschwunden.

In diesem Falle ließ uns nicht nur Embarin, sondern auch Salvarsan im Stiche, und wir vermochten nur mit dem sehr energischen Kalomel die Wirkung zu erzielen.

Digitized by Google

In zwei Fällen mußten wir wegen den aufgetretenen Intoxikationserscheinungen von der Verwendung des Embarins absehen.

Es sind dies folgende:

1. O. K., Arzt, 28 Jahre alt. 14. III. 1913. Infektion vor 2 Monaten. Erhielt bisher 2 intramuskuläre 0,4 Salvarsaninjektionen. Keine Erscheinungen. WR ++. 16. III. —. 4. IV. Zehn Embarininjektionen, am 4. IV. die elfte Injektion. 5. IV. Schüttelfrost. Abends Körpertemperatur 38,8. 6. IV. Temperatur normal. Erhält neuerlich eine Embarininjektion. Um 1 Uhr nachts neuerlicher Schüttelfrost, Temperatur erhöhte sich auf 39,6°. 8. IV. Temperatur wieder normal. Erhält nachmittags 5 Uhr die 13. Injektion. Abends ½8 Uhr starkes Fieber, am Körper unausstehlicher juckender morbilliartiger Ausschlag, die Temperatur erreicht 40,8°, und trotz aller kalten Abgießungen und Eisbeutel bleibt das Fieber bis Mittag des folgenden Tages über 40°. 12. IV. Patient ist fieberfrei, fühlt sich indessen fürchterlich schwach und schwindlig.

2. Irma G., Tänzerin, 30 Jahre alt. 6. XII. 1913. Hat seit 5 Tagen auf der rechten Seite der Unterlippe eine halbhellergroße geschwürige Sklerose. Drüse unter dem rechten Kinn hat Taubeneigröße. Spirochaeta +. Therapie: Angesichts dessen, daß Patientin täglich auftreten muß, erhält dieselbe vorderhand täglich Embarin. 9. XII. Geschwür reinigt sich. 11. XII. Sklerose wird vollkommen weich. Erhält vormittags 10 Uhr neuerlich Embarin. Um 1 Uhr mittags stellt sich bei Patientin Schüttelfrost ein, welchem eine Temperatur von 39,2° folgt. 12. XII. Fieberfrei. 13. XII. Neuerlich Embarin. Nach der Injektion stellt sich nach 3 Stunden wieder Schüttelfrost ein, dem ein Fieber von 39,6° folgte. Nach diesen wurde Embarin ausgelassen. Patientin wurde einer Inunktionskur unterworfen. 20. XII. Die Inunktion wird gut vertragen, die Sklerose heilte.

Die von mir beobachteten unangenehmen Komplikationen hat ohne Zweifel das Embarin verursacht. Ähnliche Intoxikationserscheinungen sah Sowade, Gappisch und Fried in je einem Falle. Fried schreibt diese der Unempfindlichkeit des Organismus gegen Embarin zu. Gappisch glaubte, daß vielleicht das im Embarin enthaltene ½% Akoin die Intoxikationserscheinungen herbeigeführt hat und hat infolgedessen dem das Embarin nicht vertragenden Patienten reines Akoin injiziert, welches indessen Patient sehr gut vertrug. Bezüglich der lokalen Wirkung überragt Embarin wesentlich alle in Verwendung stehenden Quecksilberpräparate. In manchen Fällen konnte ich wohl konstatieren, daß die Embarininjektion selbst schmerzhafter war als jene der anderen Quecksilberpräparate, doch hörte in einigen Sekunden nach der Injektion der Schmerz auf. Um die Schmerzen bei Applikation der Injektion zu vermeiden, habe ich auf Rat des Herrn Professor Török Embarin langsam, sozusagen tropfenweise eingespritzt. So kam die Akoinwirkung vorerst zur Geltung und verhinderte die durch die Embarininjektion verursachten Schmerzen. Infolge jener Eigenschaft des Embarins, daß Eiweiß nicht niedergeschlagen wird, werden auf der Injektionsstelle keine Infiltrate verursacht, was bei Behandlung luetischer Frauen außerordentlich wichtig ist, denn, wie bekannt, pflegen diese unter den in den subkutanen Geweben zustande gekommenen, schwer sich aufsaugenden Infiltraten schwer zu leiden.

Embarin wird in schwereren Fällen täglich, in leichteren jeden zweiten Tag angewendet. 15—20 Injektionen genügen für eine Kur, es können aber auch mehr appliziert werden.

Sowohl mit der kombinierten Salvarsan-Embarin-, als auch mit der reinen Embarinbehandlung gelang es, die positive Wassermannsche Reaktion auf negativ überzuführen.

Nach alledem können wir sagen, daß Embarin ein ausgezeichnetes Antisyphilitikum ist, welches der praktische Arzt erfolgreich zu verwenden vermag. Es empfiehlt sich, die Injektionsnadel in Alkohol zu halten, daß nicht etwa die gebräuchliche Injektionsflüssigkeit die reine Embarinlösung niederschlägt.

Digitized by Google

Versammlungen.

Verhandlungen des 2. Kongresses des Nordischen Dermatologischen Vereins. Stockholm, 5.—7. Juni 1913.

(Stockholm, P. A. Norstedt und Söner, 1914.)

1. Über Besniers Prurigo, von C. Rasch-Kopenhagen. Die Krankheit, die Besnier als Prurigo diathésique bezeichnet hat, beginnt meist in frühester Kindheit, seltener mit 3—6 Jahren oder gar in der Pubertät; sie befällt oft mehrere Geschwister. Meist handelt es sich um blasse, nervöse Kinder; sie werden unruhig und kratzen; auf der Haut sieht man keine charakteristischen Effloreszenzen, entweder Strophulus oder Ekzem. Das Jucken befällt hauptsächlich die Ellenbeugen, Kniekehlen, Hals und Gesicht, seltener andere Körperteile; es ist remittierend und tritt in nächtlichen Paroxysmen auf. An den genannten Prädilektionsstellen findet sich später diffuse Lichenifizierung; nach den Juckparoxysmen sind die Herde fissuriert und nässend. In manchen Fällen ist das Leiden mit Bronchialasthma kombiniert. Die Krankheitsdauer ist sehr lange; oft werden die Exazerbationen durch das Licht ausgelöst. Die Prognose ist schlecht, die Therapie wenig wirkungsvoll. Neben der lokalen Therapie mit den üblichen juckstillenden Mitteln legt Verfasser großen Wert auf vegetabilische Diät, da er auf diese Weise lange Remissionen, vielleicht Heilungen, erzielt hat. Das Leiden wird nicht allseitig als eigene Form anerkannt, sondern vielfach der Hebraschen Prurigo oder mit Ekzem identifiziert. Von ersterer unterscheidet es sich durch die verschiedene Lokalisation, von letzterem durch das primäre Auftreten des Juckens und die lange Dauer. Verfasser meint, daß die Krankheit identisch ist mit der von H. v. Hebra beschriebenen Dermatomycosis diffusa flexorum.

2. Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee, von Paul Haslund-Kopenhagen. S. diese Ztschr., Bd. 57, S. 1457.

3. Zur Frage von der Lokalisation der akuten strichförmigen Dermatosen, von Afzelius-Stockholm. Verfasser erwähnt Fälle, bei denen das Fortschreiten einer Dermatose (chron. Ekzem) den Eindruck machte, als ob es längs eines Lymphgefäßes, bzw. eines Nerven erfolge; doch widerlegte eine eingehende Prüfung diese Annahme. Verfasser ist vielmehr der Ansicht, daß die Ausbreitung akuter strichförmiger Dermatosen metamer erfolge. Dafür spricht auch ein vorgestellter Fall von seborrhoischem Ekzem, wo ein lichenoider Ausschlag horizontal quer über die Brust, über die Schulter und über den ganzen Arm zog. Vielleicht bilden diese Segmentgrenzen einen locus minoris resistentiae.

4. Über das Analekzem und die Behandlung desselben, von Moberg-Stockholm. Verfasser macht keinen Unterschied zwischen Ekzema und Pruritus ani, da er praktisch unwesentlich ist. Beide Erkrankungen machen schließlich dieselben Erscheinungen. Wichtig ist die Differentialdiagnose gegen Psoriasis ani, die nicht allzu selten ist. In therapeutischer Hinsicht ist die Allgemeinbehandlung von größter Wichtigkeit; daneben übt Verfasser die Lokalbehandlung mit chemischen Mitteln. Die souveräne Therapie erscheint ihm aber die vorsichtige Röntgenbestrahlung; Verfasser gibt $^1/_4$—$^1/_3$ Erythemdosis mehrmals in Pausen von 3—4 Wochen. Die Bestrahlung wirkt juckstillend, beseitigt die Lichenifikation und setzt die sekretorische Tätigkeit der Hautdrüsen herab. In refraktären Fällen oder bei Rezidiven wendet Verfasser mit Erfolg die Hochfrequenzbehandlung an.

Digitized by Google

5. Über Tätowierungen, von Kr. Grön-Christiania. Vortrag mit Demonstration von Lichtbildern.

6. Untersuchungen über den Mikroorganismus der Lepra, von J. Rennstierna-Stockholm. S. diese Ztschr., Bd. 57, S. 1048.

7. Von der akuten disseminierten Hauttuberkulose im Kindesalter, von E. Bruusgaard-Christiania. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

8. Vorläufige Mitteilung über eine neue abortive Behandlung der Blennorrhoe, von O. Jersild-Kopenhagen. Zum Gelingen einer Abortivkur ist erforderlich, daß die Medikamente lange und bis vorn an das Orificium externum mit der Harnröhrenschleimhaut in Berührung sind; ferner müssen sie eine hinreichende Tiefenwirkung haben. Zu ersterem Zwecke wurde die Harnröhre verlängert durch eine mittels Ansaugens an der Glans fixierte Glasglocke mit Gummischlauch. Die Medikamente blieben $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde in der Urethra. Die Tiefenwirkung erreichte Verfasser durch Elektrolyse von $1\,^0/_{00}$ Kupfersulfat. Die Anode wird in die Urethra eingeführt. 2—3 Sitzungen zu 15—20 Minuten, 5—15 Milliampere. Auf diese Weise konnte Verfasser zehn von 14 Trippern abortiv heilen.

9. Zur Frage von der Heilbarkeit der Blennorrhoe bei Prostituierten, von H. J. Schlasberg-Stockholm. Verfasser verwendet bei der Blennorrhoe der Zervix und der weiblichen Urethra Kusylol, das in $2\,^0/_0$iger Stärke einer Tragakanthgrütze beigesetzt ist. Täglich ein- bis zweimal werden 4 ccm injiziert. Die Behandlung wird gut vertragen. Die Mehrzahl der Fälle scheint durch längere Beobachtungsdauer geheilt zu sein.

10. Erfahrungen über Gonargin, von Marcus-Stockholm. Es wurden 5 bis 25 Millionen Gonokokken intramuskulär injiziert; die Intervalle und die Zahl der Injektionen richteten sich nach dem therapeutischen Effekte und dem Allgemeinzustande des Kranken. An den Injektionsstellen und an den Krankheitsherden wurden Reaktionen beobachtet; zweimal kam es zu Gelenkschmerzen. Bei unkompliziertem Tripper wurde kein Erfolg beobachtet. Dagegen war die Wirkung auf Schmerzen und Fieber bei Komplikationen der männlichen wie der weiblichen Geschlechtsorgane meist sehr prompt.

11. Über Blennorrhoe der Urethra duplex und deren Behandlung, von Karvonen-Helsingfors. Als Urethra duplex dürfen nur die seltenen Fälle bezeichnet werden, bei denen außer der normalen Harnröhre ein urethraähnlicher Gang in der Mittellinie des Dorsum penis verläuft. In einem Falle von blennorrhoischer Erkrankung eines solchen Ganges hat Verfasser durch Protargolspülungen mittels eines Tubenkatheters und durch Einführung von Schmelzbougies Heilung erzielt.

12. Über Radiumbehandlung von Hautkrankheiten, von Jörgen Schaumann-Stockholm. Behandelt wurden hauptsächlich Lupus erythematodes und vulgaris, Angiom, Epitheliom, Ekzem. Die Erfolge waren befriedigend.

13. Fall von Epitheliom in einem alten Lupus erythematosus, von Schaumann. Aus dem atrophischen Zentrum eines 17 Jahre alten Lupus erythematosus entwickelte sich sieben Monate nach einem Trauma ein rasch wachsender, ulzerierender Stachelzellenkrebs.

14. Fall von Lupus pernio, von Schaumann. 32 jähriger Patient. Vor 11 Jahren trat eine spindelförmige Auftreibung einiger Finger auf; seit sechs Jahren bestehen rote, infiltrierte Plaques an der Nase und den Wangen. Die Zehen seit fünf Jahren aufgetrieben. Tuberkulose nicht nachweisbar. Besserung durch Lichtbehandlung.

15. Fall von isolierter Blennorrhoe eines Paraurethralganges, von Marcus. Vier Tage nach dem infizierenden Koitus trat bei dem Kranken ein „Furunkel" am Penis auf. In der Penoskrotalfalte fand sich in der Mittellinie eine wallnußgroße, wenig dolente, verschiebliche, derbe Anschwellung. Von dieser erstreckte sich subkutan nach

Digitized by Google

vorwärts ein bleistiftdicker Strang, der 5 cm hinter dem Orificium externum mit einer feinen Öffnung mündet. Aus dieser kam dicker, grüngelber Eiter mit reichlich Gonokokken. Die Harnröhre völlig normal.

16. Fall von Pemphigus foliaceus, von MARCUS. Der 23jährige Patient erkrankte vor $2^1/_2$ Jahren mit erbsen- bis bohnengroßen Blasen auf der Brust, später am ganzen Körper; sie platzten und hinterließen schmerzhafte Erosionen. Bei der Aufnahme fand sich die ganze Haut gerötet; die Epidermis teils auf unregelmäßigen Stellen abgestoßen, teils in großen Lamellen abschuppend, bei geringen Reizen leicht ablösbar. Später Tod an tuberkulöser Meningitis.

17. Fall von Ulcera neurotica oris, von MARCUS. Der 22jährige Tischler wurde einige Wochen nach einer Angina von Geschwüren der Mundschleimhaut befallen, die ihm heftige Beschwerden machten. Es fanden sich tiefe Geschwüre mit unregelmäßigen, wulstigen Rändern, einem roten Entzündungshofe und schmierigem Belage. Keine Diphtherie- oder fusiformen Bazillen. Die Therapie war ziemlich erfolglos. Die Krankheit heilte unter Nachschüben allmählich ab, doch kamen Rezidive.

18. Fall von Ulcus gangraenosum vulvae, von MARCUS. Bei dem 2jährigen Mädchen fanden sich die großen Schamlippen kolossal entzündlich gerötet und geschwollen; an der Innenseite reichliche, gelbe, fibrinöse, festhaftende Beläge. Diese stießen sich bald ab und hinterließen gut granulierende Wundflächen.

19. Fall von Urticaria pigmentosa (abortiva), von MARCUS. Der 13jährige, stets gesunde Knabe trank durch Versehen eine minimale Menge Lauge, die ihm nur geringe Beschwerden verursachte. 3—4 Tage später trat unter Fieber am ganzen Stamme ein aus roten, erhabenen Flecken bestehendes, heftig juckendes Exanthem auf. Es verschwand in 3—4 Tagen, doch blieben bläulichbraune Flecke zurück, die unverändert blieben. Diese bedeckten den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, standen dicht und lagen im Hautniveau. Die histologische Untersuchung ergab die Veränderungen der Urticaria pigmentosa.

20. Fall von eigentümlichen Naevi, von ALMKVIST. Bei dem 30jährigen Patienten finden sich auf dem Rumpfe pfennig- bis markstückgroße, ovale, weiße Flecke in ziemlich symmetrischer Anordnung. Inmitten der größeren Flecke sieht man ein stecknadelkopf- bis hanfkorngroßes gerötetes Infiltrat; dieses erweist sich bei näherer Untersuchung als Naevus vasculosus. Die weißen Flecke verschwinden bei Glasdruck fast völlig, treten aber bei mechanischer Hautreizung deutlicher hervor. Die mikroskopische Untersuchung ergibt das Bild des weichen Nävus. Verfasser hält die Flecke für einen Naevus anaemicus VÖRNER.

21. Fall von Naevus anaemicus (VÖRNER), von ALMKVIST. 36jähriger Mann mit einem mandelgroßen und einem kleineren weißen Flecke am Skrotum, die bei Glasdruck verschwinden, bei mechanischer Hautreizung deutlicher hervortreten.

22. Fall zur Diagnose, von ALMKVIST. 26jährige, sicher syphilitische Patientin hatte am linken Gaumenbogen oberhalb der Tonsille eine pfenniggroße ringförmige Efloreszenz mit bleichem, leicht narbigem Zentrum und Rötung und harter, infiltrierter, höckeriger Peripherie. Keine syphilitischen Erscheinungen, keine Spirochäten, WASSERMANN positiv. Nach drei Salvarsan- und Quecksilberinjektionen war die Efloreszenz verschwunden. Es lag also ein ringförmiges Syphilid vor.

23. Fall von Dermatitis herpetiformis, von ALMKVIST. Das Leiden besteht bei der 65jährigen Frau seit zwei Jahren. Der Ausschlag war über die Gesäßregion, den Bauch, Schamberg, Innenseite der Oberschenkel, Kniekehlen, Oberarm und die linke Schulter ausgebreitet in Form von leicht abzulösenden Krusten und Schuppen auf geröteter,

Digitized by Google

nicht infiltrierter Haut, aber ohne deutliche Bläschenbildung. Heftiges Jucken. Häufige Rezidive.

24. Fall von Syphilis congenita mit Meningitis, von ALMKVIST. Der 2jährige Knabe zeigte bei der Aufnahme Nackensteifigkeit, Nystagmus und athetotische Bewegungen in den Fingern, aber keine syphilitischen Erscheinungen an der Haut oder Schleimhaut, keine Milz- oder Lebervergrößerung. WASSERMANN positiv. Er war psychisch zurückgeblieben. Durch spezifische Behandlung wurde der Allgemeinzustand bedeutend gebessert, doch waren die anderen Symptome sehr hartnäckig.

25. Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von ALMKVIST. 82jähriger Patient. An beiden Unterschenkeln und Fußrücken erbsengroße, harte Knötchen von lividbräunlicher Färbung und braunpigmentierte Flecke. Ödem im Unterhautzellgewebe. Der Ausschlag besteht seit zwei Jahren; geringe Besserung durch Röntgenstrahlen.

26. Fall von Nagelveränderungen bei Syphilis, von BERGER. 41jähriger, sicher syphilitischer Patient. Die Fingerenden sind platt, empfindlich, die Nägel decken kaum die Hälfte der Breite. Die Nägel sind abgeplattet, sehr verdickt, am meisten in der Mitte, wo sie mehr als viermal so dick sind wie normal, an der Oberfläche gewellt. An den Zehennägeln dieselben Veränderungen stärker ausgeprägt. Durch spezifische Behandlung wurde allmählich die Veränderung fast völlig beseitigt.

27. Fall zur Diagnose (Sarcoma cutis), von STRANDBERG. Bei der 42jährigen Patientin war vor 4—5 Jahren über dem linken Schulterblatt ein harter, braunroter, juckender Knoten aufgetreten, der allmählich wuchs und operativ entfernt wurde. Einige Monate später erfolgte ein Rezidiv. Es fand sich ein 8:4 cm großer, 1 cm hoher, blauroter, fast knorpelharter Knoten mit höckerig-warziger Oberfläche, der nicht völlig verschieblich war. Er erwies sich histologisch als Fibrosarkom.

28. Fall von Onychia sicca luetica, von STRANDBERG. 58jährige, sicher syphilitische Patientin. Die sämtlichen Nägel sind stärker gewölbt, dick, schmutzig-graugelb, mit unebener faltiger Oberfläche. Der Rand ist spröde und uneben; an einigen Fingern ist der proximale Teil aus dem Nagelbette gehoben.

29. Fall zur Diagnose: Onychia punctata (Psoriasis?), Verfasser nicht angegeben. Bei dem 7jährigen Mädchen sind die Nägel des ersten und zweiten, sowie des rechten fünften Fingers mit dichtstehenden Grübchen versehen. Durch Behandlung wird Besserung erzielt, doch erfolgen stets Rezidive.

30. Fall von Onychomykosis favosa, von STRANDBERG. Die Affektion der Nägel besteht bei der 18jährigen Patientin sehr lange. Die Nägel sind faltig, trocken, schmutzig-graugelb, verdickt. Mikroskopisch reichlich Favuspilze. Auf der rechten Hand und Handwurzel eine große, im Zentrum abgeheilt, ringförmige Effloreszenz.

31. Fall von Lupus erythematosus bei einem 4jährigen Kinde, von STRANDBERG. Die Krankheit begann vor einem Jahre. Bei der Aufnahme fanden sich auf beiden Wangen zweimarkstückgroße infiltrierte Plaques, Teleangiektasien, kleine festhaftende Schuppen mit Hornzäpfchen an der Unterseite, erweiterte Follikelmündungen. Später traten an den Händen und am rechten Unterarm Lupus erythematosus-Flecke auf; es wurde auch Tuberkulose manifest.

32. Fall zur Diagnose, von STRANDBERG. Bei der 49jährigen Frau juckender Ausschlag seit zwei Jahren an den Streckseiten der Hände und der Arme, später im Gesicht. Die Haut ist trocken, lichenifiziert, stellenweise mit kleinen platten Papeln versehen. Keine typischen Lichenpapeln. An den Armen Kratzeffekte und pigmentierte, oberflächliche Narben. An der Mundschleimhaut typische Effloreszenzen von Lichen

Digitized by Google

ruber planus. Der Fall wird als chronisches Ekzem + Lichen ruber planus der Mundschleimhaut aufgefaßt.

33. Fall von Sclerodermie en plaques, von STRANDBERG. Das Leiden begann bei der 47jährigen Patientin vor zehn Jahren mit Rötung der Handrücken und ergriff dann allmählich in symmetrischer Weise die Arme, Gesicht, Rücken und Unterschenkel. Die erkrankten Hautpartien sind blaurot verfärbt, über die Umgebung erhaben, derb, unelastisch. Durch Fibrolysin gewisse Besserung.

34. Der Einfluß der Temperatur auf die Komplementbindung bei der WASSERMANNschen Reaktion, von BOAS. Die Untersuchungen zeigten, daß die Temperatur einen deutlichen Einfluß auf die Komplementbindung hat. Es wird daher vorgeschlagen, die Reaktion erst $^3/_4$ Stunde bei 16°, dann $^3/_4$ Stunde bei 37° vor sich gehen zu lassen.

35. Supermaximale Injektionen von Benzoas hydrargyricus zur Behandlung von Syphilis, von EHLERS-Kopenhagen. Verfasser hat Versuche angestellt, um den Ictus therapeuticus durch Salvarsan, durch die Injektion einer hohen Dosis eines löslichen Quecksilberpräparates zu ersetzen. Er verwendete zu diesem Zwecke benzoesaures Quecksilber und kam bei vorsichtiger Steigerung zu einer Anfangsdosis von 0,25 (in 2%iger Lösung). An diese erste Injektion schließt sich dann eine leichtere Quecksilberkur in Form von Inunktionen oder Injektionen an. Die Wirkung einer solchen starken Dosis war ausgezeichnet: ulzerierte Primäraffekte heilten rasch, Roseolen verschwanden in 1—2 Tagen, papulöse Eruptionen leisteten etwas länger Widerstand. Ferner wurde das Negativwerden des WASSERMANN erreicht. Die Einspritzung wurde gut vertragen; üble Nebenerscheinungen wurden nicht stärker wie bei anderen Quecksilberkuren gesehen. Verfasser empfiehlt, das Verfahren nachzuprüfen und bei Frauen 0,15, bei Männern 0,2, bei besonders starken Individuen 0,25 als Erstdosis zu verabreichen.

36. Bemerkungen über die Resultate der Behandlung von Syphilis mit Quecksilber, speziell mit Injektionen, von PAUL HASLUND. Verfasser verfolgt mit seinem Behandlungsmodus den Zweck, die erste Behandlung möglichst intensiv und ferner so zu gestalten, daß die Wirkungen der Kur sich nicht verlieren. Er setzt daher an Stelle der intermittierenden die chronische Quecksilberbehandlung. Zuerst wird eine Hauptkur eingeleitet zu 10 Injektionen a 0,1 Hg, die sich etwa über 3 Monate hinzieht. Dann wird die Behandlung in Form von Einzelinjektionen zu 0,1 Merkuriolöl oder grauem Öl fortgesetzt, und zwar durch 1—$1^1/_2$ Jahre in monatlichen Zwischenräumen, durch ein weiteres $^1/_2$ Jahr alle 2 Monate und dann noch einige Zeit hindurch alle 3 Monate. Dann entscheidet die WASSERMANNsche Reaktion über die weitere Behandlung.

37. Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis nach Salvarsanbehandlung, von MÜLLERN-ASPEGREN-Stockholm. S. diese Ztschr., Bd. 59, S. 1241.

38. Abortivbehandlung von Syphilis recens mit Salvarsan, von MÜLLERN-ASPEGREN-Stockholm. S. diese Zeitschr., Bd. 58, S. 151.

39. Über präventive Behandlung wegen Syphilis, von SANDMAN-Stockholm. Verfasser hat einige Patienten, die mit sicher Syphilitischen geschlechtlich verkehrt hatten, aber keinerlei Symptome von Syphilis aufwiesen, präventiv teils mit lokalen Hektargyr-, teils mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt.

40. Ein Fall von Syphilis von der Mutter auf das Kind 20 Jahre nach der Infektion übertragen, von BOAS-Kopenhagen. S. diese Ztschr., Bd. 58, S. 372.

41. Fall zur Diagnose, von AFZELIUS. Bei dem dreijährigen Kinde hatte der Ausschlag vor einem Jahre an der Stirn begonnen und sich dann fast auf den ganzen Körper ausgebreitet. Es finden sich stecknadelkopfgroße, wenig erhabene, flache glänzende Papeln

Digitized by Google

hell-wachsgelber Farbe; sie stehen in Gruppen, konfluieren aber nirgends. Trotz äußerer und innerer Behandlung trat keine Änderung ein.

42. Fall von Sarcoma idiopathicum (Kaposi), von Afzelius. Bei dem 55jährigen Patienten bestehen die Tumoren seit mehreren Jahren an einer Hand. Durch Röntgenstrahlen wurden sie zum Verschwinden gebracht, doch erfolgte wieder ein Rezidiv.

43. Zwei Fälle von Kaposis Sarkom, von Moberg.

44. Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, von Almkvist. Bei der 65jährigen Patientin an beiden Füßen, besonders an den Außenseiten und den Fußsohlen, eine größere Menge hanfkorn- bis bohnengroßer, blaubrauner, harter, indolenter Knoten.

45. Tuberkulide, teils vom Aknitis-, teils vom Lupus erythematosus-Typus, von Müllern-Aspegren. 44jähriger Mann hatte vor 23 Jahren Ausschlag an den Ohren, Händen und Fingern; Abheilung nach mehreren Jahren. Vor 4—5 Jahren trat er wieder auf. Die Ohren dicht von hirsekorngroßen, meist alten Narben bedeckt. In der Umgebung der Ohren, am Haarboden des Nackens und der Stirn, am Nasenrücken, hier und da an den Wangen teils punktgroße Narben, teils kleine rote, meist zerkratzte papulöse Effloreszenzen. An den Dorsalseiten der Finger teils ähnliche Narben, teils hirsekorngroße, subkutane Infiltrate; diese tragen entweder normale Haut oder diese ist gerötet, teilweise fehlend, wobei aus dem Substanzverlust ein Tröpfchen serös-eitriges Sekret hervortritt. Am Handrücken ein zweipfennigstückgroßer Herd von unregelmäßiger Begrenzung und an der Stirne ein kleinerer gleicher mit lividroter, teilweise narbiger, etwas infiltrierter Haut. Starkes Jucken. Die Primäreffloreszenz ist ein subkutanes, nicht sichtbares, nur fühlbares Infiltrat, das nach 2 Monaten mit geringer Rötung ausheilt.

46. Fall von papulo-nekrotischen Tuberkuliden, von Sederholm. Das Leiden besteht seit 3 Jahren und ist über den größten Teil des Körpers ausgebreitet.

47. Fall von Lupus erythematosus an beiden Lippen, von Moberg. Auf der Oberlippe ist nur die rechte Hälfte des Lippenrots befallen; an der Unterlippe greift die Affektion auch auf die Schleimhaut über.

48. Prämykotisches Stadium von Mycosis fungoides (?), von Afzelius. Das Leiden begann bei dem 60jährigen Patienten vor 10 Jahren an den Beinen und breitete sich allmählich über den ganzen Körper aus. Es fanden sich an den Beinen dichtstehende, größere, unregelmäßig rundliche, etwas infiltrierte dunkelrote Plaques; an Bauch und Brust und im Gesicht heller rote, nicht infiltrierte, ziemlich scharf begrenzte Plaques, mehr zerstreut. An den Seitenflächen des Rückens große, ziemlich scharf begrenzte, unbedeutend rote, schuppende Flächen, nicht infiltriert. Heftiges Jucken, starke Schuppung.

49. Fall zur Diagnose, von Schlasberg. Die Krankheit begann vor 12 Jahren und breitete sich allmählich aus. Auf dem Rumpfe und den Extremitäten zahlreiche pfennig- bis talergroße, runde oder ovale, hellrote, teils gelbliche oder bräunliche, nicht infiltrierte Flecke, die nicht scharf umschrieben sind. Die Oberfläche ist glatt oder mit kleinen, festhaftenden Schüppchen bedeckt. An einzelnen Stellen ist die Haut gefältelt, dünn und atrophisch.

50. Fall von Dermatitis atrophicans progressiva chronica diffusa, von Moberg. Das Leiden begann vor 20 Jahren am rechten Knie und ergriff allmählich den ganzen Körper, schließlich auch das Gesicht und den Scheitel, wo die Haare ausfielen. Bemerkenswert ist die große Ausbreitung, sowie eine in der rechten Kniekehle seit fünf Jahren bestehende Wunde, die keinerlei Heilungstendenz zeigt.

51. Fall von Ulcus rodens, von Moberg. Günstiger Erfolg bei einem Ulcus rodens hinter dem Ohre mit Arsenpaste.

Digitized by Google

52. Fall von Oedema perstans faciei, von SANDMAN. Der 27jährige Patient bekommt seit 10 Jahren 3—4 mal jährlich eine Schwellung der Gesichtshaut ohne Fiebersteigerung. Die Lippen schwellen an, die Nasolabialfalten verschwinden, die Mundschleimhaut wird wulstig, bleich.

53. Fall von Dermatite polymorphe douloureuse aigue recidivante, von MOBERG. Wiederholte mit heftigem Fieber und Stechen in der Haut einhergehende Anfälle. Bei der Demonstration waren nur Pigmentflecke zu finden.

54. Fall zur Diagnose, von SEDERHOLM. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

55. Schwerer Lupus erythematosus ohne Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt, von MOBERG. Der Kranke wurde intensiv mit Röntgenstrahlen belichtet, so daß der Lupus erythematosus fast abheilte, aber auch ein Röntgengeschwür entstand, aus dem sich ein maligner Tumor entwickelte. Außerdem rezidivierte die Krankheit an allen Stellen.

56. Fall von Tuberkuliden, von MOBERG. 17jähriges Mädchen, hat am Schienbein Erythema induratum, an den Ellenbogen, Händen, Kniekehlen Narben nach papulonekrotischen Tuberkuliden.

57. Drei Fälle von Lichen, von MOBERG. Ein 14jähriges Mädchen mit hypertrophischen Herden von Lichen accuminatus an den Schienbeinen. Eine 47jährige Frau mit Lichen corneus hypertrophicus an den Unterschenkeln. Eine 47jährige Frau mit ausgebreitetem Lichen planus mit zusammenfließenden großen Plaques am Rumpfe.

58. Fall von Xeroderma pigmentosum, von MOBERG. Die 32jährige Patientin hat im Gesichte Gefäßerweiterungen, Pigmentierungen, Atrophien und Narbenzusammenziehungen, Ektropium. Vor vier Jahren bestanden warzenartige Knötchen, die mit dem Kauter entfernt wurden. Die Mutter, zwei Brüder und drei Schwestern haben dasselbe Leiden.

59. Fall von Urticaria chronica, von SANDMAN. Bei der 53jährigen Frau besteht seit drei Jahren ein heftig juckender Ausschlag, der sich im Sommer bessert, im Winter verschlechtert. An den Extremitäten und am Rumpfe finden sich hanfkorn- bis zentimetergroße Infiltrate, teils über das Hautniveau erhaben, teils von Krusten, teils von glatter Epidermis bedeckt. Die Interpapillarfurchen verbreitet.

60. Fälle von Keratoma hereditarium palmare et plantare, von SEDERHOLM. Vorstellung von Tante und Neffe aus einer Familie, in der diese Hautaffektion häufig ist. Es beginnt im fünften oder sechsten Lebensjahre mit warzenartigen Auswüchsen an der Dorsalseite der Grundphalangen der Finger und verbreitet sich allmählich auf deren Dorsalseite. Um die Warzen, die weich und nävusartig sind, entstehen Pigmentierungen. Derselbe Prozeß entsteht bald darauf an der Grenze zwischen Handteller und -rücken und auf der Beugeseite der Handwurzel. Etwa ein Jahr nach Beginn der Affektion treten auf der Handfläche parakeratotische Flecke auf und bald darauf eine diffuse Parakeratose mit Rhagadenbildung. Zeitweise bilden sich kleine Epidermisabszesse. An den Fußsohlen ebenfalls Hyperkeratose und Clavi an allen Zehen.

61. Über Rektalblennorrhoe bei Prostituierten, von SCHMIDT-Stockholm. S. diese Ztschr., Bd. 58, S. 151.

62. Von der Ausscheidung des Quecksilbers mit den Fäzes, von ALMKVIST-Stockholm. Verfasser hat es unternommen im Tierversuche festzustellen, wo das Quecksilber in den Verdauungstrakt ausgeschieden wird, insonderheit zu untersuchen, ob die bei Quecksilbervergiftung gefundenen Dickdarmgeschwüre durch die Quecksilberausscheidung bedingt sind. Er hat Kaninchen unmittelbar über der BAUHINschen Klappe einen künstlichen After angelegt und sie dann mit Quecksilber vergiftet. Es ergab sich, daß der entleerte Dünndarminhalt bedeutend mehr Qnecksilber enthielt wie der Dick-

Digitized by Google

darminhalt. Ferner hat Verfasser bei Hunden Gallenfisteln angelegt und dann eine Quecksilbervergiftung hervorgerufen; die Galle enthielt nur unbedeutende Spuren Quecksilber. Aus diesen Versuchen geht demnach hervor, daß das in Fäzes vorhandene Quecksilber zum wesentlicheren Teile weder vom Dickdarme noch von der Leber ausgeschieden wird.

63. Über die Anwendung von Hg-nukleinsaurem Na bei Syphilis, von Almkvist-Stockholm. Die Behandlung bestand in intramuskulären Injektionen von $^1/_2$—1 ccm einer 10%igen wäßrigen Lösung; es wurden 7—8 Injektionen in fünftägigen Abständen gemacht. Das Präparat zeigte nicht unbedeutende Einwirkung auf syphilitische Manifestationen, dagegen nur geringen Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion. Die Injektionen waren aber meist von starken lokalen (Schwellung) und allgemeinen (Fieber) Reaktionen gefolgt; dagegen kam es nie zu Stomatitis. Verfasser glaubt, daß das Präparat eine gewisse Bedeutung für solche Fälle habe, die leicht zu Stomatitiden neigen.

64. Weil-Kafkas Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit, von Boas-Kopenhagen. In 73% von Paralyse und in 3 von 4 Tabesfällen konnten Hämolysine nachgewiesen werden; ebenso in 5 von 19 Fällen sekundärer Syphilis.

65. Zur Behandlung der juvenilen Akne, von Moberg-Stockholm. Gute Erfahrungen mit schwachen Röntgenstrahlungen, besonders in Fällen mit tiefgehenden indurierten Knoten.

66. Von der Wirkung einiger Heilmittel in kolloidaler Form, von J. Strandberg. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

67. Über „spontanen Zahnausfall" bei Syphilitischen, von Karvonen-Helsingfors. Für das Lockerwerden und Ausfallen gesunder Zähne bei Syphilitischen kommen hauptsächlich drei ursächliche Momente in Betracht: 1. syphilitische Periostitis des Alveolarfortsatzes, 2. syphilitische Trigeminusaffektion, 3. Tabes dorsalis. Bei allen Formen st der Zahnausfall fast schmerzlos, nur bei Trigeminuserkrankung gehen Neuralgien voraus; die Blutung ist ebenfalls gering. Bei Fällen der ersten Gruppe lassen sich durch rechtzeitig eingeleitete spezifische Behandlung schöne Erfolge erzielen, sogar in Fällen, wo die Zähne schon sehr locker sind. Meist kommen aber die Kranken zu spät zur Behandlung, so daß es oft zu großen Kiefernekrosen kommt. R. Frühwald-Leipzig.

Fachzeitschriften.

Royal Society of Medicine. Dermatologische Sektion.

Sitzungen vom 21. Mai und 4. Juni 1914.

(Proceedings, Bd. 7, Nr. 8.)

Diskussion über Mycosis fungoides.

J. H. Sequeira: Bei einer Zusammenstellung von 61 Fällen aus der Literatur und 13 eigenen Fällen ergab sich eine Beteiligung der Geschlechter im Verhältnis von 46 Männern zu 28 weiblichen Kranken. Von den 13 eigenen Fällen sind 6 gestorben. Teilweise wurde ein guter Erfolg mit Röntgenbehandlung erzielt, doch war derselbe meist nur von relativ kurzer Dauer. Nach den Hueschen Untersuchungen bewirkt die Bestrahlung zweifellos eine Resorption der Infiltrate sowohl im Vorstadium als auch im Stadium der Tumorbildung, und das Korium kann dabei wieder völlig normal werden. Im erythrodermatischen Stadium ist namentlich das obere Drittel des Koriums affiziert. Redner schildert die charakteristischen histologischen Veränderungen und die aus Zellen verschiedener Art zusammengesetzten Granulome im Korium. Man findet dabei Zellen

Digitized by Google

vom festen Bindegewebstypus teils mit großen Kernen teils als „Tochterzellen" mit geringerem Umfang und ferner Zellen mit besonders dichtem Netzwerk; außerdem Rundzellen mit starkgefärbten Kernen. Im eigentlichen Tumor finden sich große ovale Zellen, ferner zahlreiche kleinere Zellen von der Größe etwa von Leukozyten, den „Tochterzellen" entsprechend, und außerdem Mastzellen und Plasmazellen. Bei Besprechung der klinischen Erscheinungen erwähnt S., daß er einmal p. m. eine Lungenmetastase beobachtet hat.

M. Morris berichtet über einen 52jährigen Mann, bei dem eine energische Röntgenbehandlung das Verschwinden von mehreren großen Tumoren bewirkte; es blieb nur ein einziger großer Tumor zurück, der aber eine so starke Eiterung hervorrief, daß der Patient einen Monat später septikämisch zugrunde ging. Bei einer 28jährigen Dame, die noch in Behandlung steht, war auch eine deutliche Wirkung zu erkennen.

J. G. R. Mc Donagh erkennt das Leiden nicht als eine Krankheit sui generis. an, er definiert es als ein intermediäres aleukämisches Lymphozytom der Haut, das mit der Lymphodermia perniciosa, der Lymphogranulomatosis cutis und der mykotischen Erythrodermie der Franzosen in Parallele zu stellen sei. Die Bezeichnung intermediär ist darin begründet, daß die Affektion als ein entzündliches Lymphozytom beginnt und als ein malignes Lymphozytom endigt. Seine hier kurz begründete Theorie ist im Arch. f. Derm. u. Syph. schon dargelegt.

D. Heath findet, daß die von Leith demonstrierten Tochterzellen von den Zellen von Sarkomen und anderen Geschwülsten typische Abweichungen aufweisen.

J. Galloway stellt Vergleiche an zwischen Mycosis fungoides, Hodgkinscher Krankheit und den leukämischen Affektionen und meint, daß eine infektiöse Ätiologie anzunehmen sein dürfte. Die Röntgenbehandlung birgt zweifellos viele Gefahren in sich, die vielleicht am besten vermieden werden, wenn nur die Tumoren sofort bei ihrem Erscheinen bestrahlt werden bis zur Resorption.

J. H. Stowers legt die Gründe dar für eine scharfe Trennung zwischen der Mycosis fungoides einerseits und der Leukämie und Pseudoleukämie andererseits.

P. S. Abraham hat acht Fälle beobachtet, von denen nur ein einziger das weibliche Geschlecht betraf. Betreffs der Ätiologie denkt er an eine Protozoonwirkung.

Whitfield erwähnt einen Fall, der im Prodromalstadium nach sechsmonatigem Bestehen mit Röntgenstrahlen behandelt wurde und zurzeit noch in jeder Hinsicht gesund ist. Die Läsionen hatten ziemlich den ganzen Stamm ergriffen und waren von Colcott Fox bestimmt als M. fungoides diagnostiziert worden. Betreffs des histologischen Befundes im Frühstadium seien namentlich die Infiltration der Unterfaszikularräume mit kleinen ovalen Zellen und der Umstand, daß diese Infiltration sich bis in den Papillarkörper erstreckt, charakteristisch.

Pernet spricht sich unter anderem darüber aus, daß das Leiden nicht als das Endstadium von anderen Dermatosen wie Pityriasis rosea und Parapsoriasis aufzufassen sein kann.

G. Little führt aus, daß die von einigen Verfassern auch als Formen der M. fungoides gerechneten Affektionen der Typus „tumeurs d'emblée" und die Kaposische Leukodermia perniciosa nicht hierhergehören.

F. P. Weber weißt darauf hin, daß bei den verschiedenen Leukämien sich als ein charakteristischer pathologisch anatomischer Befund eine starke Infiltration der Lymphdrüsen und der inneren Organe, namentlich der Leber, mit leukämischen Zellen, sowohl myelogenen als auch Lymphozyten, vorfindet, und er fragt, ob jemals bei zweifelloser M. fungoides ein ähnlicher Befund an der Leber konstatiert worden ist.

J. J. Pringle hat 18 Fälle beobachtet, davon zehn in seiner Privatpraxis, über

Digitized by Google

welche er unter Vorlegung von Photogrammen und einer tabellarischen Übersicht berichtet. Abnormitäten des Blutbefundes sind keine konstante Erscheinung, obwohl bei drei seiner letzten Fälle eine schwer zu erklärende mäßige Leukozytose bestanden hat. Der Juckreiz ist oft äußerst intensiv, kann aber auch völlig fehlen. Bei drei von seinen Fällen ist der Tod als Folge von Marasmus und Bronchitis, ferner von Empyem und von doppelseitiger Pneumonie eingetreten. Die Entwickelung von Metastasen hält er für unerwiesen.

Philippi-Salzschlirf.

Actas dermo-sifiliograficas.

Februar bis März 1913.

1. Behandlung der akuten Blennorrhagie der vorderen Harnröhre, von Juan de Azúa. Die von Verfasser geübte Behandlung besteht täglich in einer Waschung der Harnröhre mit Kaliumpermanganat und drei Injektionen von Argentum nitricum. Er hat gute Erfolge damit gehabt.

2. Reinfektion bei einem tertiären Syphilitiker mit positivem Wassermann, von Juan de Azúa. Der Patient hatte sich vor 15 Jahren einen syphilitischen Primäraffekt zugezogen, der von zahlreichen sekundären Manifestationen gefolgt war. Im März 1912 ein gruppiertes tertiäres Syphilid des behaarten Kopfes, das mit Salvarsan zur Abheilung gebracht wurde; der Wassermann blieb aber positiv. Im September darauf hatte der Kranke 2—3 Tage nach einem Koitus am Frenulum ein Geschwür vom Charakter des weichen Schankers. Einige Wochen später indurierte das Geschwür und es trat doppelseitige Leistendrüsenschwellung auf. Einen Monat später kamen Kopfschmerzen und es erfolgte ein Schub eines reichlichen, generalisierten papulösen Exanthems.

3. Sukzessive Schübe von lichenoiden Tuberkuliden (Lichen scrophulosorum) im Verlaufe eines mit Tuberkulin behandelten Lupus, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Der Titel sagt das Wesentliche.

4. Syphilis der Lunge, von José S. Covisa. Der 37jährige Kranke, der sich vor mehr als zehn Jahren syphilitisch infiziert hatte, klagte seit einem Jahre über heftigen Husten, Mattigkeit und blutigen Auswurf. Er wurde deshalb als Lungentuberkulose behandelt. Später begab er sich zu einem Spezialarzte für Lungenkrankheiten, dem das Mißverhältnis zwischen den schweren Atembeschwerden und dem guten Allgemeinzustande auffiel. Die Sputumuntersuchung auf Tuberkelbazillen blieb negativ. Damals traten nun auch Knochenschmerzen auf, die die Vornahme der Wassermannschen Reaktion veranlaßten; diese fiel positiv aus. Nun wurde eine spezifische Behandlung eingeleitet, die nach zwei Monaten alle Erscheinungen beseitigte.

5. Pyodermitis chronica papillomatosa vegetans, von Antonio Ledo. Der 52jährige Patient hatte auf dem rechten Handrücken einen etwa kinderhandgroßen papillomatösen Herd. Das histologische Bild war auf den ersten Anblick das des typischen Plattenepithelkarzinoms; bei genauerer Untersuchung ergaben sich aber einige Differenzen. Vor allem fehlten die tief in die Kutis eindringenden Epithelzapfen und die starke bindegewebige Reaktion der Kutis, wie man sie beim klassischen Epitheliom findet. Verfasser diagnostizierte daher ein Pseudoepitheliom.

6. Die rezidivierenden Mundaphthen als eine Krankheit der Wassermannschen Gruppe; ihre Behandlung mit Neosalvarsan, von E. A. Sáinz de Aja. Verfasser führt aus, daß die rezidivierenden Mundaphthen stets positive Wassermannsche Reaktion zeigen, ferner daß sie durch Neosalvarsan außerordentlich günstig beeinflußt werden. Daraus ergibt sich, daß die Differentialdiagnose zwischen den Mundaphthen und syphilitischen Papeln auf große Schwierigkeiten stoßen kann, da die serologische und die Probe „ex iuvantibus" im Stiche lassen. Es muß daher großer Wert auf eine genaue

Digitized by Google

Erhebung der Anamnese und auf peinliche Beobachtung der klinischen Charaktere der genannten Affektionen gelegt werden. Zur Unterstützung der Diagnose kann eine Quecksilberbehandlung herangezogen werden, da diese die Aphthen nicht beeinflußt, eher verschlechtert.

7. Monilethrix (Aplasia pilorum monileformis), von JUAN DE AZÚA. An der Hand dreier Fälle eingehende Beschreibung der Klinik und pathologischen Anatomie der Erkrankung. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

8. Postekzematöser Pruritus durch Radiotherapie geheilt, von JULIÁN RATERA. Die 20jährige Patientin hatte an einem Ekzem der Arme und des Stammes gelitten, das allmählich durch die Behandlung geheilt worden war. Es blieb jedoch an den befallen gewesenen Stellen ein hartnäckiger Pruritus zurück, der durch keinerlei Behandlung beseitigt werden konnte. Es wurden daher die einzelnen Regionen nacheinander mit Röntgenlicht bestrahlt und zwar mit einer halben Erythemdosis. Nach 6—7 Tagen war das Jucken verschwunden; nur einige refraktäre Stellen bedurften zweimaliger Bestrahlung innerhalb zwei Wochen. Die Patientin wurde völlig geheilt.

9. Nervöses Syphilisrezidiv. MILLARD-GUBLERsches Symptom, von José S. COVISA. Die 20jährige Patientin erhielt wegen Primäraffektes und Gelenkschmerzen 0,45 Neosalvarsan. 33 Tage später traten heftige Kopfschmerzen und Erbrechen auf, Ohrensausen und Fazialislähmung auf der rechten Seite. Die Untersuchung ergab einen gewissen Stupor und rechtsseitige Taubheit. Die Patientin wurde mit intravenösen Zyanquecksilberspritzen behandelt; nach der vierten Injektion trat eine Parese des linken Armes und Beines auf, die sich schließlich zur völligen Hemiplegie steigerte. Sie wurde nun mit Neosalvarsan behandelt, das die Erscheinungen rasch besserte; nach vier intravenösen Injektionen wurde die Kranke geheilt entlassen. Verfasser weist auf das seltene Syndrom der Hemiplegie mit Fazialislähmung der anderen Seite hin.

10. Über einen Fall von primärer Hemichorea infolge Arteriitis syphilitica cerebralis, von E. A. SÁINZ DE AJA. Genaue Beschreibung des Falles.

11. Vorläufige Mitteilung über das Leukozytozoon syphilidis, von JAIME PEYRI ROCAMORA. Verfasser hat fast alle von MC DONAGH beschriebenen Formen des Leukozytozoon syphilidis gefunden; dieses macht eine sexuelle und eine asexuelle Entwicklung im Körper der Syphilitiker durch. Es entsteht ein Gamet, dessen Entwicklungsendstadium die Spirochaeta pallida ist. Der Nachweis dieses Mikroorganismus bildet einen sichereren diagnostischen Behelf wie der der Spirochäte. Er kann auch die serologischen Reaktionen bei Syphilis leicht erklären. Verfasser hat noch einige andere Formvariationen des Leukozytozoon gefunden. Ferner konnte er es bei experimenteller Syphilis nachweisen.

R. Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

Juli 1914.

1. Vakzinotherapie und Serotherapie der Blennorrhagie und ihrer Komplikationen mit besonderer Berücksichtigung der Vakzine von NICOLLE und BLAIZOT, von J. TANTON und M. GRENIER. Bei der Serotherapie kommen vier Anwendungsmethoden in Betracht: 1. die spezifische Serotherapie, die nur Antigonokokkenserum verwendet; 2. die paraspezifische mit Meningokokkenserum; 3. die paradoxe mit Antistreptokokken- oder Diphtherieserum und 4. die Autoserotherapie. Ad 1. Die genügende Dosis von Gonokokkenserum ist 10 ccm. Kontraindikationen bestehen nicht; die Seren können höchstens vereinzelte anaphylaktische Phänomene hervorrufen. Auf akute oder chronische Urethritis wirken sie nicht ein; dagegen beeinflussen sie in rapider Weise Epidi-

Digitized by Google

dymitis und Arthritis. Je früher die Injektion erfolgt, desto deutlicher der Effekt. Ad 2. Antimeningokokkenserum ist unschädlich und ruft nur leichte lokale und allgemeine Reaktionserscheinungen hervor; häufig ist eine Herdreaktion. Manchmal kommt es zu anaphylaktischen Erscheinungen. Bei Epididymitis und Arthritis wirkt das Serum ausgezeichnet, weniger gut bei anderen Tripperkomplikationen, gar nicht bei Urethritis. Ad 3. Injektionen mit Antistreptokokken- sowie mit Diphtherieserum sind nur vereinzelt gemacht worden und haben keinerlei Bedeutung. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. Wert der Ambardschen Konstante als Indikator für die physiologische Nierenfunktion, von Choltzoff. Zur Bewertung der Nierenfunktion ist es wichtig, das Verhältnis der Harnstoffmenge im Blute zu der im Harne festzustellen; dieses Verhältnis wurde von Ambard in eine mathematische Formel gebracht, die die sogenannte Ambardsche Konstante darstellt. Sie beträgt normalerweise 0,065—0,085; sowie sie größer wird, liegt verminderte Nierenfunktion und dadurch Harnstoffretention im Blute vor. Besonders wichtig ist die Konstante bei primären oder sekundären chirurgischen Nierenerkrankungen, da bei ihnen fast stets Azotämie vorliegt. Die Untersuchung kann aber nur auf den Urin beider Nieren bezogen werden; neben dem Ureterkatheter läuft stets etwas Urin vorbei, so daß das auf den separierten Harn bezogene Resultat ungenau wird.

3. Rückenmarkslokalisationen in der Pathologie der Niere und Blase, von L. Stromingeb. Zahlreiche klinische Erfahrungen weisen darauf hin, daß die Reizung eines Hautbezirkes von Einfluß auf den Harnapparat sein kann. Für die Notwendigkeit eines peripheren Ausganges des Reizes spricht die Tatsache, daß Verletzungen der Blase und der Urethra nicht immer Harnstörungen hervorrufen müssen. Die Arbeit ist zu kurzem Referate nicht geeignet.

4. Über Kollikulitis, von G. Li Virghi-Neapel. Die Entzündung des Kollikulus ist primär oder sekundär. Die primäre Entzündung ist durch Bakterien bedingt, die entweder auf dem Blutwege oder direkt durch den Harn von der Niere oder Blase angeschleppt werden. Durch Kongestion (infolge Masturbation, Alkoholismus usw.) wird die Ansiedlung der Bakterien begünstigt. Es kommen Staphylokokken und Streptokokken, hauptsächlich aber Kolibazillen ätiologisch in Betracht. Die sekundäre Entzündung folgt auf eine Urethritis posterior oder eine Zystitis, fast stets blennorrhoischer Natur. Im Endoskop sieht man den Kollikulus geschwollen, hyperämisch, ödematös. Keine Ulzerationen. Die Kollikulitis macht ähnliche Symptome wie die Zystitis: Schmerzen, häufige Miktion, Pyurie. Das vorherrschende Symptom ist der Tag und Nacht anhaltende imperiöse Harndrang. Am Beginne der Miktion tritt Schmerz auf; während derselben oder nach ihr stellt sich ein Brennen in der Harnröhre ein, das sich hauptsächlich auf die Perinealgegend lokalisiert und manchmal nach dem Skrotum und dem After ausstrahlt. Bei primärer Kollikulitis enthält die erste Urinportion Fäden, die zweite ist klar; bei sekundärer richtet sich der Urinbefund nach der primären Erkrankung; stets dürfte aber die erste Portion stärker getrübt sein wie die zweite. Hervorzuheben ist auch die vermehrte Empfindlichkeit des Kollikulus. In seltenen Fällen tritt initiale Hämaturie auf. Sichergestellt wird die Diagnose durch die urethroskopische Untersuchung. Die Entzündung des Kollikulus ist meist von langer Dauer; auf das akute Stadium von 2—3 Wochen folgt ein chronisches. Die funktionellen Störungen nehmen ab, doch verbleiben hartnäckig die Häufigkeit der Miktion und das Brennen in der Harnröhre. Meist geht die Krankheit in völlige Heilung aus. Therapeutisch kann eine allgemein-tonisierende Medikation notwendig sein; dazu kommen Harnantiseptika. Am wichtigsten ist die endoskopische Tuschierung des Kollikulus mit 10—20% Höllensteinlösung, mit dem Lapisstifte oder mit Jodtinktur.

Digitized by Google

5. Sexuelle Störungen psychischer Natur, von A. Wizel. Bespricht die psychische Impotenz, Pollutionen und Spermatorrhoe. Wird fortgesetzt.

6. Diagnose und Behandlung der Blasen- und Nierentuberkulose im Beginne, von Wildbolz. S. diese Ztschr., Bd. 57, S. 1324. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über die Bedeutung der Liquoruntersuchung für die Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen, von M. Nonne-Hamburg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3—6.) Während Anomalien der Weite und der Form der Pupillen von einzelnen Beobachtern in verschieden hohem Prozentsatz bei gesunden Individuen bemerkt worden sind, wurden Anomalien der Reaktion der Pupillen niemals beobachtet. Anders bei Luetikern; hier ist eine isolierte Pupillenveränderung oft das einzige Stigma einer stattgehabten luetischen Infektion und zwar sind leichte Anomalien sowohl in der 2. wie in der 3. Periode in Form und Größe bei normaler Reaktion nichts Seltenes. Ebenso finden sich nicht allzu selten einseitige und doppelseitige Reaktionsstarre; dieselbe kann besonders in den ersten Jahren post infectionem sich teils spontan, teils unter dem Einflusse der Therapie wieder zurückbilden. Diese Pupillenanomalien sind erfahrungsgemäß die Vorläufer resp. die ersten objektiven Symptome organisch syphilogener Nervenkrankheiten, und es hat sich empirisch gezeigt, daß man bei Starre der Pupillen auf Licht und bei Konvergenz zuerst an Lues cerebri, seltener an Paralyse und am wenigsten häufig an Tabes denken soll; während echte, reflektorische Pupillenstarre ganz überwiegend als Vorläufer von Tabes, in zweiter Linie von Paralyse und nur ausnahmsweise von Lues cerebri zu betrachten ist, eventuell auch ein Restsymptom der letzteren sein kann. Obwohl Pupillenstarre einwandfrei — wenn auch nur vereinzelt bei chronischem Alkoholismus, bei Syringomyelie, Sklerosis multiplex, Trauma und Diabetes — beobachtet worden ist, so möchte Nonne doch sagen, daß in praxi isolierte, reflektorische Pupillenstarre und totale Pupillenstarre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein syphilogenes Symptom ist. Eminent wichtig ist aber die Bedeutung der isolierten reflektorischen und totalen Pupillenstarre für die Frage: ist dieselbe ein Vorläufer einer drohend bevorstehenden Erkrankung des Zentralnervensystems? oder beweist sie nur, daß das betreffende Individuum irgend einmal eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems gehabt hat und ist sie quasi eine Narbe? Dafür verweist Nonne in erster Linie auf die Arbeit von Dreyfus, der unter Zuhilfenahme aller modernen Untersuchungsmethoden zu dem Resultat gekommen ist, daß es sich bei isolierten Pupillenstörungen von Syphilitikern in 35—40% der Fälle nicht um ein besorgniserregendes Symptom, sondern um das Zeichen einer früheren syphilitischen Durchseuchung des Nervensystems, die zur Ausheilung gekommen ist, handelt. Auch Assmann kommt zu demselben Resultat und differenziert zwischen Fällen von Pupillenstarre mit Liquorveränderung und solchen ohne dieselben. Für die Entscheidung der Frage hält Nonne das Beibringen einschlägiger Beobachtungen für besonders wünschenswert und notwendig und berichtet selbst über 23 Fälle von Pupillenstörungen bei sicher syphilitischen Individuen. Er ist bei der Einteilung derselben in 5 Gruppen von den Liquorbefunden ausgegangen. 1. Liquor von Anfang an normal; rudimentäre Prozesse, 4 Fälle. 2. Früher pathologisch, jetzt normal; ausgeheilte syphilogene Erkrankungen des Zentralnervensystems, 2 Fälle. 3. Gegen früher gebessert, aber noch nicht ganz

Digitized by Google

normal; Krankheitsprozeß gebessert, 4 Fälle. 4. Nach wie vor pathologisch; klinisches Bild stationär geblieben, 10 Fälle. 5. Nach wie vor pathologisch; Weiterentwicklung des Krankheitsprozesses, 3 Fälle. Ganz kurz gibt Nonne im Anschluß dann eine tabellarische Übersicht, in der er die klinischen Unterschiede zugrunde legt und kommt zu denselben Schlußfolgerungen: 1. Eine jahrelang fortlaufende Beobachtung zeigt, daß bei isolierten Pupillenstörungen der weitere Verlauf des Falles sich sehr verschieden gestalten kann, daß sie nämlich einerseits isoliert bleiben, daß andererseits sich weitergehende syphilogene Nervenleiden anschließen können. 2. Die Kontrolle des Liquor spinalis ist für die Beurteilung der Dignität der Pupillenanomalien von Wichtigkeit. Sie zeigt: a) daß diese Störungen bei normalem Liquor Reste eines ausgeheilten oder stets rudimentär gewesenen Prozesses am Zentralnervensystem darstellen, aber andererseits, b) daß sie auch bei pathologischen Reaktionen im Liquor dauernd unverändert bleiben können. 3. Daraus ergibt sich, daß die Prognose bei isolierten Pupillenanomalien auf luetischer Basis nicht lediglich nach dem Ausfalle der 4 Reaktionen gestellt werden darf, und daß man sich deshalb hüten muß, den prognostischen Wert positiver Liquorreaktionen im ungünstigen Sinne zu überschätzen. Lasch-Breslau.

Die Methode der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis, von Georges L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1913, Nr. 21.) Verfasser gibt in dankenswerter Weise die Methoden an, die bei der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis anzuwenden sind. Die Lagerung des Kranken und Ausführung der Lumbalpunktion, zur Druckbestimmung, die Zählung und Färbung der Zellen, Eiweißbestimmung nach Nissl, Phase I nach Nonne-Appelt, und die Wassermann-Reaktion im Liquor. Chrzelitzer-Posen.

Über die Fällungsreaktion mit glykocholsaurem Natrium bei Zerebrospinalflüssigkeit, von Carl With. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 16.) Positive Herman-Perutz-Reaktion bei einer auf 55° erwärmten Spinalflüssigkeit ist wahrscheinlich ein Zeichen eines syphilitischen Prozesses. Die Reaktion hat doch wohl keinen klinischen Wert, da sie bedeutend minder fein ist als die Wassermann-Reaktion. Bei nicht erwärmter Spinalflüssigkeit findet die Reaktion nur mit Pleozytose zusammen statt, stimmt aber nicht mit der Wassermannschen überein. W. Holland-Kristiania.

Zur Frage der Herkunft des luetischen Reaktionskörpers in der Zerebrospinalflüssigkeit, von Wilhelm Spät. (W. kl. W., 1914, Nr. 25.) Die Arbeit befaßt sich mit einer Untersuchung der Ansicht Wassermanns und Langes, daß in der Zerebrospinalflüssigkeit die Lymphozyten die Ursprungsstätten für den luetischen Reaktionskörper darstellen. Untersucht wurden 16 Liquors von Paralysen. Drei derselben zeigten keinerlei Steigerung der komplementbildenden Fähigkeit trotz der Erhitzung, bei den übrigen 13 wurde eine Erhöhung des Hemmungstiters in der mit den Lymphozyten behandelten Liquorportion gegenüber der zellbefreiten erhitzten Zerebrospinalflüssigkeit erzielt. Indessen ergab sich weiterhin, daß zugesetzte normale Meerschweinchenlymphozyten den gleichen Effekt wie die Lymphozyten des Paralytikers hervorriefen. In der gleichen Weise sind Lymphozyten aus dem Liquor von Tuberkulösen sowie rote Blutkörperchen von normalen und luetischen Menschen wirksam. Es ergibt sich, daß die Antigene für die komplementbildenden Stoffe ganz allgemein aus den Organzellen stammen und daß spezifische Antikörper gegen Spirochäten bei der Wassermannschen Reaktion nicht mitbeteiligt sind.

Diskussion, von Martin Pappenheim-Wien. Derselbe bemerkt, daß er schon vor sechs Jahren feststellen konnte, daß Extrakte weißer Blutkörperchen von nichtluetischen, ebenso wie von luetischen Patienten Komplementbindungsreaktion ergeben. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Ein Fall von massiver Koagulation des Liquor cerebrospinalis. Verlegung des Durakonus durch syphilitische, menigo-medulläre Verwachsung, von P. E. Launois, G. Troin und Ledoux. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 23.) Der Titel sagt das Wesentliche. R. Frühwald-Leipzig.

Infektiosität des Liquor zerebrospinalis bei juveniler Paralyse, von G. Marinesco und J. Minea. (Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Der Liquor stammte von einem 23jährigen Patienten, Sohn eines Syphilitikers, bei dem die ersten Symptome der Paralyse mit 18 Jahren aufgetreten waren. Am 5. November 1913 wurden drei Kaninchen je 2 ccm Liquor in das Skrotum verimpft. (? D. Ref.) Im April war bei einem Tiere ein charakteristischer, spirochätenhaltiger Schanker an der Skrotalhaut aufgetreten.
R. Frühwald-Leipzig.

Liquor zerebrospinalis und Syphilis. Einfluß der Salvarsanbehandlung, von Dind. (Rev. Suisse romande, 1914, Nr. 5.) An der Hand von Tabellen erörtert Verfasser die Veränderungen des Liquor zerebrospinalis in den einzelnen Stadien der Syphilis. Zum Schluß bringt er die Krankengeschichten von Tabikern und Paralytikern, bei denen der Liquorbefund durch intravenöse Neosalvarsaninjektionen gebessert worden war. Verfasser spricht sich gegen die intralumbalen Salvarsaninjektionen aus; denn einerseits wären sie nicht gefahrlos und andererseits sei es nur rationell durch intravenöse Applikation das Mittel denselben Weg durchlaufen zu lassen, den die Spirochäten gegangen sind. R. Frühwald-Leipzig.

Anwendung von aktivem Serum bei der Wassermannschen Reaktion, von Mario Mantovani. (Policlinico, 1. Juli 1914.) Verfasser bespricht die Wassermannsche Reaktion mit aktivem Serum. Er gibt zu, daß bei der großen praktischen Bedeutung der Reaktion jeder Versuch, ihre Exaktheit zu steigern, gerechtfertigt ist; doch darf man nicht die unbekannten Faktoren in der Reaktion vermehren nur um die Sensibilität zu erhöhen. Wenn man z. B. durch aktives Serum die Antikörper vermehrt, so vermehrt man auch die antikomplementären und anderen die Reaktion störenden Substanzen.
R. Frühwald-Leipzig.

Über die Gerinnungshemmung durch Luessera (Hirschfeld und Klinger) und die chemische Natur des Zytozyms, von E. Fränkel und F. Thiele-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 42.) Verfasser bestätigen in dieser vorläufigen Mitteilung auf Grund ihrer Untersuchungen bei etwa 70 Fällen die Angaben Hirschfelds und Klingers über die Übereinstimmung der Wassermannschen Reaktion mit der Erscheinung der Gerinnungshemmung bei Verwendung eines aus Hammelblut gewonnenen Serozyms (Thrombogen) und des Merckschen Meerschweinchenherzextrakts als Zytozym. Statt letzteren wurde auch mit vielleicht noch besserem Erfolg ein alkoholischer Rinderherzextrakt gebraucht. Aus verschiedenen Untersuchungen entnehmen Verfasser schließlich noch, daß die Zytozymwirkung (Thrombokinase) im wesentlichen der ätherlöslichen Fraktion resp. der darin enthaltenen jekoninähnlichen Substanz zukommt.
Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Herman-Perutzsche Präzipitinreaktion mit Natrium glycocholicum, speziell von Standpunkt der Syphilisdiagnose, von M. Henrik Bang und M. Carl With. (Nord. m. Arkiv, 1913, H. 1, Nr. 3.) Im Gegensatz zur Wassermannschen Reaktion, deren Bedingungen wohlbekannt sind, und die gut ausgeführt, ein sicherer Beweis für Syphilis ist, gibt die von Herman und Perutz nur Vermutungen, nicht aber einen sicheren Beweis für Syphilis, zugegeben, daß sie sich bei 2% der beobachteten Fälle findet. Im Primärstadium der Syphilis sind die Fällungsreaktionen mehr verbreitet und im Sekundärstadium seltener als die von Wassermann, aber in den latenten Stadien der Syphilis sind die ersteren weit seltener und schwinden

Digitized by Google

um vieles schneller vor der Behandlung. Die Wassermannsche Reaktion verschwindet nicht immer gemäß dem Laufe der Behandlung, während des Sekundärstadiums wechselt sie in manchen Fällen von regelloser Form ein wenig vor ihrem vollständigen Verschwinden. In den latenten Formen der Syphilis ist die Stärke dieser Reaktion häufig sehr verschieden, ebenso während wie außer der Behandlung. Folglich darf man sich in zweifelhaften Fällen nie mit einer einzigen Reaktion begnügen.

Chrzelitzer-Posen.

Cholesterinantigene bei der Wassermannschen Reaktion und die quantitative Prüfung von syphilitischem Serum, von J. G. Hopkins und J. B. Zimmermann-New York. (Am. J. m. sc., September 1914.) Daß die Cholesterinantigene eine besondere Empfindlichkeit dem syphilitischen Serum gegenüber aufweisen, wie von verschiedenen Verfassern schon konstatiert worden ist, bestätigen Verfasser durchaus auf Grund ihrer Bestimmungen bei 475 Sera und 50 Proben von Zerebrospinalflüssigkeit. Von den 525 Bestimmungen zeigten 455 Übereinstimmung zwischen der Reaktion mit Cholesterinantigen und der Originalmethode nach Wassermann, während 68 Fälle auf größere Empfindlichkeit der Antigenprobe hinwiesen, und nur zwei zugunsten der Wassermannschen Vorschrift in dieser Hinsicht ausfielen. Ferner entnehmen Verfasser aus einer tabellarisch mitgeteilten Reihe von Prüfungen, daß zur quantitativen Bestimmung der Seroreaktion nicht das Quantum des Antigens, sondern die jeweilige Menge des erforderlichen Serums als maßgebendes Kriterium dienen solle. Philippi-Salzschlirf.

Diagnostische Versuche mit Luetin-Noguchi, von M. Clausz-München. (M. m. W., 1914, Nr. 37.) Verfasser bestätigt den von anderen Verfassern berichteten Wert der Reaktion für die Diagnose der Syphilis in verschiedenen Stadien. Sein Material setzte sich zusammen aus 111 Fällen, von denen 71 sicher syphilitisch, 10 syphilisverdächtig und 30 zuverlässig nicht syphilitisch waren. Im allgemeinen wurde nur 0,07 ccm intrakutan injiziert, bei fünf Patienten jedoch wurde 0,15 gegeben. Mit wenigen und unbedeutenden Ausnahmen wurden keine Nachteile von der Injektion konstatiert. Bei einigen Fällen zeigte es sich, daß es nötig ist, volle zwei Wochen zuzuwarten, ehe man bestimmt von einem negativen Ausfall sprechen kann. Ein Einfluß der eingeschlagenen Therapie auf den Ausfall der Reaktion ist auf Grund mehrfacher Beobachtungen als erwiesen zu erachten. Philippi-Salzschlirf.

Syphilistherapie und Wassermannsche Reaktion, von Siegfried Grosz und Richard Volk-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser sind der Überzeugung, daß die Wassermannsche Reaktion durchweg zu hoch eingeschätzt wird; zunächst ist die positive Seroreaktion nur ein Ausdruck einer stattgehabten luetischen Infektion, nicht aber, wenigstens vorläufig nicht, ein sicheres Symptom einer noch bestehenden aktiven Lues. Wenn es auch unser Bestreben ist und sein soll, die Reaktion zum Verschwinden zu bringen, so dürfen wir doch nicht mit Außerachtlassung aller älteren klinischen Erfahrungen Behandlung auf Behandlung häufen, um schließlich bei negativer Wassermannscher Reaktion ein Rezidiv zu erleben. Am wenigsten angebracht ist die einseitige und allzu große Betonung der Bedeutung der Seroreaktion für die Prognose und Therapie, wenn mit großen Verfeinerungen der Methode gearbeitet wird und die geringsten Hemmungen verwertet werden. „Daß es Fälle gibt, speziell in der Spätlatenz, welche trotz energischster, kombinierter Behandlung die positive Wassermannsche Reaktion nicht verlieren, ist jedem erfahrenen Praktiker geläufig. Wir müssen also zugeben, daß hier entweder die gebräuchliche Methodik nicht ausreicht oder daß uns vorläufig das richtige Mittel noch nicht zur Verfügung steht. Solange wir aber den bleibenden Umschlag der Seroreaktion nicht mit Sicherheit erreichen können, halten wir es für nicht

Digitized by Google

angezeigt, den Patienten durch ununterbrochene Kuren fruchtlos zu beunruhigen, ja vielleicht sogar ihn zu schädigen." W. Lehmann-Stettin.

Die Diagnose und Therapie der Syphilis in der Hand des praktischen Arztes, von Karl Wagner-Graz. (W. kl. W., 1913, Nr. 43.) Dem Praktiker auf dem Lande ist die Durchführung der Original-Wassermannschen Probe kaum möglich, doch ist die Modifikation nach Prof. v. Dungern ein für die Praxis vollständig suffizienter Ersatz. Verfasser legt Wert auf eine exakte Anstellung der Probe, deren Technik nach seinem Vorgehen er genauer beschreibt. Therapeutisch ist die Salvarsanbehandlung auf dem Lande auch kaum intravenös durchführbar; leicht aber intramuskulär mit „Joha"-Schindler. Verfasser setzt eingehend auseinander, warum er diese intramuskuläre Injektion nicht nur für genügend, sondern für besser als die intravenöse Infusion hält. W. Lehmann-Stettin.

Hygiene und Syphilis, von E. Bodin. (Rev. d'Hygiène et Pol. sanit., Januar 1914.) Bespricht in längerer Ausführung Spirochätenuntersuchung, Wassermannsche Reaktion und Salvarsanbehandlung in ihrer Bedeutung für Prophylaxe und Therapie der Syphilis. R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Anzeigepflicht bei venerischen Krankheiten ist leicht durchführbar! von L. Merk-Innsbruck. (M. m. W., 1914, Nr. 38.) Um ohne Namensnennung die Anmeldung und Registrierung aller Fälle von venerischer Erkrankung durchzuführen, schlägt M. vor, als Einteilungsprinzip den Tag und Ort der Geburt des betreffenden Patienten zu bestimmen. Seinen bei anderen Gelegenheiten gemachten statistischen Erfahrungen nach wird es nur äußerst selten vorkommen, daß in mittelgroßen Städten zwei am gleichen Tage geborene Personen gleichzeitig erkranken, und für die ganz großen Städte kommt noch die Einteilung nach Bezirken in Betracht. Andererseits gibt die Einteilung der Register nach Monaten eine ganz handliche Übersicht der gemeldeten Fälle. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die **Wiener Dermatologische Gesellschaft** hat ihre Sitzungen bis zur Beendigung des Krieges eingestellt.

Der Vorstand der **Dänischen Dermatologischen Gesellschaft** (Dansk Dermatologisk Selskab) besteht aus Oberarzt Prof. E. Pontoppidan, Präsident, Oberarzt Dr. C. Rasch, Vizepräsident, Priv.-Doz. Dr. Poul Haslund, Schriftführer und Schatzmeister.

Prof. Karl Touton-Wiesbaden ist zurzeit als konsultierender Dermatologe im Bezirke des XVIII. Armeekorps tätig.

Priv.-Doz. Dr. Otto Sachs-Wien ist zurzeit als Chefarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des k. u. k. Garnisonspitales Nr. 2 in Wien tätig.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Januar 1915 | Nr. 4 | Band 60

Aus der chirurgischen Abteilung des Freimaurer-Krankenhauses in Hamburg.

Monströser Tumor der Genitalgegend.

Von

Dr. Grisson und Dr. E. Delbanco.

(Mit 14 Abbildungen im Text und 1 farbigen Tafel.)

Klinischer Teil von Dr. Grisson, Oberarzt.

Am 6. Dezember 1910 stellte ich im Hamburger Ärztlichen Verein [1]) einen 35jährigen Mann E. P. vor mit einem kolossalen Tumor der Genitalgegend. Erregte der Fall schon allein durch die ungewöhnliche Größe der Geschwulst und die Schwierigkeit der Diagnose, ob Kondylom oder Karzinom, das Interesse der Versammlung, so bot er im weiteren Verlaufe sowohl klinisch wie pathologisch so viel Ungewöhnliches, daß sicher eine große Seltenheit vorliegt und die ausführliche Publikation geboten ist.

Anamnese: E. P., 35 Jahre alter Maurer. 1896 Beingeschwür. 17 Wochen Krankenhaus-Behandlung in Karlsruhe. Bald nachher Sturz bei der Arbeit, wobei ein Balken, den er auf der Schulter trug, ihm auf den Rücken fiel. Seitdem Buckel. Seit 1906 kleiner Knoten an der Glans penis, nahe der Urethralmündung, von warzenähnlicher Gestalt. Stillstand bis Sommer 1910. Seitdem Wachstum, neue Knötchen, die sich längs des Penis auf die Bauchhaut ausbreiteten, zu Geschwülsten heranwuchsen und zum Teil aufbrachen. Stetiges Wachstum des Tumors. Urin konnte immer ohne Beschwerden gelassen werden. Infektion geleugnet.

Status: Magerer Pat. Innere Organe gesund. Reflexe in Ordnung. Drüsen im Nacken, Axilla, Kubitalgegend. Narbe am rechten Unterschenkel 26 cm lang bis zu 9 cm breit. Strahlige Narbe an der linken Wade. Starke linkskonvexe Kyphoskoliose mit linksseitigem Rippenbuckel. In der Genitalgegend ein kindskopfgroßer Tumor, blumenkohlartig, nach oben weit auf die Bauchhaut übergreifend, nach unten den größten Teil des Skrotums umfassend. Der Tumor hat viele Vorsprünge, Wülste, von denen einer der stark deformierte Penis zu sein scheint. Harnröhrenmündung nicht erkennbar. Die Oberfläche ist teilweise mit Blutborken bedeckt, näßt stark. Das Sekret stinkt. Urin: normal. Wassermann-Reaktion: negativ.

8. 12. 1910. Operation. Probeexzision. 5 cm lange Inzision in der rechten Inguinalbeuge und Exzision einer vergrößerten Lymphdrüse. Naht der Wunde mit Knopfnähten. Dann werden einige Stücke des Tumors an der Grenze zwischen ihm und der Haut exzidiert und auch einige Spitzen der blumenkohlartigen Geschwulst abgetragen.

[1]) D. m. W., 1911, Nr. 14, S. 669, Vereinsberichte.

Digitized by Google

Da Blunksche Klemmen und Unterbindungsfäden in dem morschen Gewebe nicht halten, muß die ziemlich heftige Blutung durch den Paquelin gestillt werden.

Das exzidierte Material und die Drüsen wurden in dankenswerter Weise von den Herren Prof. Simmonds und Dr. Delbanco untersucht. Dabei ergaben sich ganz auffallende und interessante Meinungsverschiedenheiten, welche leider die Behandlung sehr erschwerten.

Untersuchung Prof. Simmonds. 15. 12. 1910. Keine Stellen gefunden, die mit Sicherheit für eine maligne Neubildung sprechen. Auch die Drüsen waren frei. Keine Spirochäten. Wassermann negativ.

Untersuchung Dr. Delbanco. 17. 12. 1910. Spitze Kondylome weder klinisch noch mikroskopisch. „Sehr gutartiges Karzinom."

Bei diesem Ergebnis mußte doch mit der Möglichkeit einer gutartigen Neubildung, besonders Condylomata acuminata, gerechnet und von einer Totalexstirpation zunächst abgesehen werden, zumal da diese nur mit vollständiger Emasculatio ausführbar war. Dazu hätte nur ein zweifelloses Karzinom die Berechtigung gegeben.

So wurden zunächst eintrocknende und ätzende Mittel versucht, Sabina, Alaun, Salizylsäure, Chlorzink mit dem Erfolge, daß das Nässen geringer und die Neubildung kleiner wurde. Dann wurde Röntgenbehandlung versucht, und auch diese bewirkte einen weiteren Rückgang. Weitere mikroskopische Untersuchungen brachten leider noch keine Aufklärung.

Untersuchung Prof. Simmonds. 21. 1. 1911. Benigne epitheliale Neubildung, nicht Karzinom. „Benigne Karzinome kenne ich nicht." Prognose günstig.

Untersuchung Dr. Delbanco. 21. 1. 1911. Spitze Kondylome mit Bestimmtheit ausgeschlossen. Epitheliale Neubildung mit sehr suspekten Epithelveränderungen. Später: Leider ein hoffnungsloses Karzinom.

23. 2. 1911. Operation. Versuch einer Abtragung von Geschwulstmassen mit der kalten Schlinge. Auch dabei so starke Blutung, daß die Operation abgebrochen werden mußte. Am 25. 4. 1911 wurden 0,6 g Salvarsan intravenös injiziert. Ein Erfolg wurde damit nicht erzielt.

16. 5. 1911. Operation. Die Geschwulstmassen, die teils als Condylomata acuminata, teils als Karzinom bei mikroskopischer Untersuchung diagnostiziert worden sind, und die die ganze Oberseite des Skrotums einnehmen, werden mit dem scharfen Löffel entfernt.

3. 6. 1911. Vereinzelte Höcker wieder sichtbar, nachdem anfangs die Wunde ganz gut zu sein schien.

18. 6. 1911. Gute Überhäutung vom Skrotum aus.

30. 6. 1911. Operation. Auf der Oberseite des Skrotums sind die Geschwulstmassen wieder reichlich gewuchert. Sie werden mit dem scharfen Löffel entfernt und mit dem Paquelin ausgebrannt.

2. 7. 1911. Urin fließt aus einer seitlichen Öffnung, dicht an der Symphyse ist eine Harnfistel entstanden.

15. 8. 1911. Neue Wucherungen. Die Urinfistel besteht fort. Wucherungen nehmen schnell zu.

8. 9. 1911. Oedema scroti. Fortgesetzt Röntgenbehandlung. Schmerzen nehmen zu. Allgemeinbefinden schlechter.

Status am 16. 10. 1911. Der ziemlich ausgedehnte Tumor reicht nach oben bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse und an die Verbindungslinie der beiden Spinae ant. sup. Die Basis ist an dieser Stelle 15 cm lang. Nach unten zu konvergiert er zur Symphyse, greift unterhalb der Ligament. Pouparti auf die Oberschenkel über und geht bis an die Hinterseite des Skrotums. Das Skrotum selbst ist stark ödematös

Digitized by Google

und schmerzhaft. Der Tumor besteht aus kleinen spitzen Wucherungen mit gelblich-grünlichem Belag, aus denen der Penis als größerer Tumor hervorragt. Der Penis sieht wie mit Schleimhaut bedeckt aus, von Kutis ist nichts zu sehen. Harnröhrenmündung nicht zu entdecken. Der Urin entleert sich aus einer Öffnung dicht oberhalb des Penis.

Das Skrotum hat nur an seiner Hinterseite äußere Haut, aber auch dort zeigen sich warzige Neubildungen in der Nähe der Raphe.

In der Umgebung des Penis ist der Tumor zerfallen und bildet eine Höhle, aus der der Penis aufragt. Die untere Wand der Höhle wird von der Symphyse gebildet.

Operation am 16. 10. 1911. Morph.-Skopolamin-Äther-Chloroform-Narkose. Zuerst wurde von der Medianlinie aus die linke Hälfte der Geschwulst etwa 1 cm im Gesunden umschnitten. Nach Unterbindung der Art. pudenda ext. wurde präparando im Gesunden in die Tiefe gegangen. Dann wurde dasselbe rechts gemacht und bis auf den Samenstrang vorgedrungen, der nahe am Penis von Tumormassen dicht umwachsen war.

Danach wurde auch der linke Samenstrang freigemacht. Er erwies sich als intakt, ebenso der linke Testis. Er wurde deshalb geschont und nach oben zurückgeschlagen. (Das war ein Fehler, denn von hier aus begann später das Rezidiv.)

Pat. wurde in Steinschnittlage gebracht. Vom Skrotum wurden die seitlichen gesunden Partien der Haut vorsichtig abpräpariert und erhalten, während die Raphe mit den warzigen Neubildungen am Tumor verblieb. Unterbindung der Gefäße im rechten Samenstrang. Nun wurde das Skrotum mit dem rechten Testis gelöst und der Tumor bis auf den Penisschaft abgetrennt. Durchtrennung des Corp. cavernosum urethrae mit der Urethra, von der 2 cm erhalten werden konnten. Durchtrennung der Corpora cavernosa penis. Nun zeigte sich eine Jauchehöhle im Cavum ischio-rectale, die ausgeräumt wurde. Vom Schambein wurde eine arrodierte Knochenschicht mit dem Meißel abgetragen. Eine weitere Jauchhöhle lag unter der Adduktorenfaszie und wurde nach Spaltung der Faszie ausgeräumt. Naht der erhaltenen Lappen der Skrotalhaut, Bedeckung des Damms. Dorsale Spaltung des Urethralstumpfs und Fixierung an der Haut. Dauerkatheter. Zur Mobilisierung der Haut wurden zwischen Nabel und Spinae ant. sup. beiderseits parallel dem Lig. Pouparti Entspannungsschnitte gemacht. Da diese aber nicht ausreichten, wurde rechts ein großer gestielter Hautlappen gebildet und über die Symphyse gelegt. Dabei fanden sich rechts drei große Drüsen an der Vena femoralis, dann auch noch links eine große Leistendrüse, die ausgeräumt wurden. Dann wurde der linke Leistenkanal so weit gespalten, daß der Testis bequem gelagert werden konnte, und die Faszien wieder genäht. (Der Hoden funktionierte weiter, der bedauernswerte Mensch hatte Libido und Ejakulationen und konstatierte das mit einem gewissen Stolz.) Tamponade der Höhlen. Komplette Hautnaht. Der kolossale Defekt ließ sich ganz mit Haut bedecken. Während der Operation Digitoxin-Klysma und Kampfer.

Dies war zweifellos eine Karzinom- und keine Kondylomoperation. Die Hautlappen heilten zum größten Teil gut an, nur an wenigen Stellen wichen sie auseinander. Der Dauerkatheter lag nur wenige Tage, dann war die Urinentleerung dauernd spontan und normal.

Am 10. 1. 1912 konnte Pat. aufstehen. — Im Februar 1912 bildeten sich neue Wucherungen in der Gegend des transplantierten linken Hodens, in der Bauchhaut.

12. 2. 1912. Operation. Die Geschwulstmassen, die sich in der Gegend des früher transplantierten linken Hodens gebildet hatten, werden im Gesunden oval umschnitten und aus den Bauchdecken exstirpiert. Der transplantierte Hoden erweist sich als intakt, er wird ebenfalls exstirpiert. Hierauf wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, verschorft und mit steriler Gaze austamponiert. Darauf werden die in der Regio

Digitized by Google

pubis sitzenden Wucherungen ebenfalls mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und verschorft. Es zeigt sich, daß die Neubildungen bis weit in das Cavum ischio-rectale infiltrierend gewachsen sind. Die Wundhöhle wird mit steriler Gaze tamponiert. Ende März neue Wucherungen in der Umgebung der Urethra.

2. 4. 1912. Operation. Die periurethralen Tumormassen werden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, worauf die Wunde mit dem Paquelin verschorft wird. Ebenso wird ein Rezidiv in der linken Unterbauchgegend behandelt. Jodoformgazetamponade. Im Laufe des Mai 1912 neue Wucherungen auf der Bauchhaut und in der Umgebung der Urethra. Anfang Juni 1912 begann Entleerung von Kot aus den Wucherungen auf der linken Bauchseite, es hatte sich eine Darmfistel entwickelt.

Unter starker Abnahme der Kräfte und rascher Wucherung der Neubildungen Exitus am 14. 7. 1912.

Sektionsbefund:

Äußerst magere Leiche. Über der linken Unterbauchgegend ein handtellergroßer Substanzverlust, der mit dem Darmlumen in Verbindung steht. Penis, Skrotum, Hoden fehlen. An dieser Stelle findet sich eine kraterförmige Einsenkung, deren Wände aus blumenkohlförmigen Tumoren bestehen (vgl. Fig. 1). Die Höhle reicht von der Symphyse bis nahe an den Anus und bis zu den Oberschenkeln. Die Tumoren sind schmierig belegt. Urethralmündung nicht auffindbar. In der Bauchhöhle kein Aszites. Das Netz und die Flexura sigmoidea mit dem oberen Wundwinkel verlötet, der Darm ist hier durchgebrochen. Nieren, Blase, Prostata und die durch den Tumor hindurchgehende Harnröhre sind gesund. Die Symphyse ist tief arrodiert, so daß man einen Finger hineinlegen kann. Am Schambein einige nekrotische Knochensplitter. In der Brusthöhle nichts Abnormes.

Fig. 1.

Das Eigenartige des Falles liegt meines Erachtens darin, daß der Tumor selbst ganz nach Art eines Karzinoms wuchs, daß er in die Urethra, in den Darm durchbrach, den Knochen arrodierte, aber auf der anderen Seite trotz der langen Dauer der Krankheit keine Metastasen in Drüsen und inneren Organen gemacht hat.

Ein ganz ähnlicher Fall ist jetzt in Kiel von Konjetzny[1]) beobachtet und beschrieben worden.

[1]) Konjetzny, M. m. W., 1914. Nr. 16, S. 904.

Digitized by Google

Histologischer Teil von Dr. E. Delbanco.

Das Referat meiner histologischen Ausführungen im Anschluß an die klinische Entwicklung des Falles durch Herrn Dr. Grisson lautete laut offiziellem Protokoll:

Herr Delbanco hatte Gelegenheit, den Tumor, welcher ihm gleich bei der ersten Vorstellung als Morbus sui generis imponiert hatte, zu verschiedenen Zeiten zu untersuchen. Die noch im Dezember 1910 gewonnenen Präparate hatten ihn das „spitze Kondylom" ablehnen lassen[1]). D. rekapituliert den derzeitigen Stand der Diagnostik des Condyloma acuminatum. Der neuerliche Vorstoß von Cronquist (Malmö 1912), den Ausgangspunkt der Wucherung wieder in das Bindegewebe zu verlegen, wird abgelehnt. — Neben den vom spitzen Kondylom trennenden Momenten waren es eine zum Durcheinander der Zellen vielfach führende Unruhe der tieferen Lagen des Akanthoms, eine Neigung der Stachelzellen zur Erweichung, zur hyalinen Degeneration und Perlenbildung, welche D. veranlaßten, der fremdartigen Wucherung die Zeichen einer eben beginnenden Malignität zuzusprechen. Unna folgte D. in der Ablehnung des Condyloma acuminatum, nicht in der Diagnose einer malignen Neubildung, empfahl vorderhand von einem Epitheliom großen Stils zu sprechen.

D. erinnert an die Referate von Darier, Fordyce und Jadassohn auf dem Londoner Kongreß über die benignen und malignen Epitheliome der Haut. Die Dermatologie kann des Epithelioms nicht entraten, welches die Pathologen viel enger fassen und mit welchem die dermatologischen Schulen der verschiedenen Länder keine einheitlichen Begriffe verbinden.

Die Röntgenbestrahlung hatte vorübergehend und stellenweise die Epithellager zur Abstoßung gebracht. Der freiliegende Bindegewebskörper wurde schnell epithelisiert. Ebenso schnell geriet die Epitheldecke in Wucherung mit dem Ergebnis der ursprünglichen Geschwulstbildung. Im Bindegewebe zu allen Zeiten der Untersuchung eine stärkst ausgebildete chronisch entzündliche Reizung mit starker Erweiterung der Venen. Die Röntgenbestrahlung kann nicht Ursache sein, daß schon Ende 1911 die Geschwulstbildung durchweg das mikroskopische Bild des ausgesprochenen Plattenepithelkrebses aufwies, ohne daß klinisch die Wucherung als solche ein anderes Aussehen annahm.

Wie in der Mehrheit der Fälle die karzinomatöse Wucherung der Haut über die größere Spanne ihres zeitlichen Bestandes in Zusammenhang bleibt, ist es auch hier nirgends zu einer Abschnürung von Epithel gekommen trotz hochgradiger Metaplasie der Stachelzellen, Verlustes der Architektur der Haut, alles Zeichen einer malignen Degeneration. In der Wahrung des Epithelzusammenhanges in Verbindung mit der kräftigen Reaktion des Bindegewebes beruht wohl auch hier die relative Gutartigkeit des Tumors, welcher per contiguitatem das Os pubis usurierte, aber selbst die meist gefährdeten Lymphdrüsen nicht infizierte. In Schnitten durch diese nicht eine Krebszelle.

Auffällig in den Präparaten ist die Erweichung des Krebsgewebes. Bei schwacher Vergrößerung denkt man an Querschnitte eitrig infiltrierter Bindegewebspapillen mit isolierten Epithelien. Die geschwollenen Krebszellen haben durch Aufnahme von Leukozyten in ihren verflüssigten Protoplasmaleib bizarre Formen angenommen.

Delbanco erinnert an B. Fischers Untersuchungen über Scharlachrot und atypische Epithelwucherung. Wer Hypothesen liebt, mag beim Studium der zahlreichen demon-

[1]) Gekürzt hier wiedergegeben.

Digitized by Google

strierten Präparate an Stoffe denken, welche vom Bindegewebe aus die Epitheldecke in Wucherung brachten — und auch wieder in Schranken hielten. Fischers Arbeiten haben Wälsch in Prag zu geistvollen Studien angeregt. Er brachte Scharlachrot unter die Keimscheibe von Hühnerembryonen, erzeugte dadurch Epithelwucherungen und Vervielfachungen des Medullarrohres. (Arch. f. Entwicklungsmechanik, 38. Bd.)

Dem kurzen und prägnanten Krankenbericht des Herrn Dr. Grisson und dem Referat meines Vortrages mögen noch einige Mikrophotogramme beigefügt werden. Von ausführlichen Erörterungen über die Abgrenzung des Epitheliombegriffes darf abgesehen werden. Außer den im Referat erwähnten Vorträgen auf dem internationalen Londoner Kongreß 1913 mag der für das Thema Interessierte auf die Vorträge von Darier und Rona auf dem internationalen Dermatologenkongreß zu Berlin zurückgreifen.

Theoretisch ist auch nichts hinzuzufügen. Es gelingt noch nicht — und darauf beruht letzten Endes die Schwierigkeit der Einteilung und Abgrenzung der Epitheliome von den Karzinomen — in allen Fällen die klinische Gutartigkeit mancher Karzinome in Einklang zu bringen mit den die anatomische Malignität des Karzinoms bereits zum Ausdruck bringenden oder mindestens an solche angrenzenden histologischen Bildern und umgekehrt. Es ist nicht angängig, den Karzinomcharakter nur dann als einwandfrei zu bezeichnen, wenn sich Tochtergeschwülste gebildet haben oder das Wachstum etwa in Muskulatur oder Knochen hinein erfolgt ist. Wo kämen wir mit dieser in dem sonst so wertvollen Werk von Ricker und Schwalb über die Geschwülste der Hautdrüsen sich findenden Definition in der Dermatologie hin? Mit diesen beiden Autoren habe ich mich schon an anderer Stelle kurz auseinandergesetzt über die von ihnen beliebte Einengung des Nävusbegriffes. Gerade die immer wachsende Ausdehnung des Begriffes der „Mißbildung" bringt uns über viele Schwierigkeiten in der Geschwulstlehre, gerade bei den Epitheliomen hinweg. Ronas und Jadassohns angeführte Vorträge bleiben hierfür von bleibendem Wert. Das aber nebenbei. —

Das Karzinom der Haut setzt keine Abschnürung von Epithelien, keine Nesterbildung, keine Drüseninfektionen usw. als conditio sine qua non voraus. Der Epithelzusammenhang ist ebensooft gewahrt wie aufgehoben. Darauf beruht seine relative Gutartigkeit. Krompechers und Becks Arbeiten über den drüsenartigen Oberflächenepithelkrebs haben uns unbeschadet aller Einwände von v. Hansemann, Borrmann, Ricker und Schwalb u. a. gegen seine Sonderstellung diese Wahrheit noch eindringlicher bewiesen.

Der alveoläre Bau des Karzinoms, wie wir ihn zur anatomischen Diagnose für die inneren Organe benötigen, ist für die Haut das weniger häufige Vorkommnis. „Eine Vorliebe der Epithelien, in geschlossenen

Digitized by Google

Kolonnen vorzudringen, ist an der Haut unverkennbar. Aus diesen Tatsachen erhellt die Unmöglichkeit, die Diagnose des Krebses von dem Vorkommen abgeschnürter Krebsnester abhängig zu machen (Klebs). Viele echte Karzinome der Haut würden dieses Postulat nicht erfüllen. Es gehört für die Hautkrebse geradezu ein besonderes Wachstumsprinzip dazu, wahrscheinlich eine besondere Beweglichkeit der Krebszellen, um einen echten alveolären Bau aufzuweisen." Ich zitiere diese Worte aus einem der allerhervorragendsten Kapitel in Meisters Unna Histopathologie, dem Karzinomkapitel. Wie oft habe ich es studiert, ohne daß mir aber an ihm die Erkenntnis geworden ist, wann und wie die leisesten Karzinomanfänge in der Haut zu begründen sind, der Anfang des Unabhängigwerdens des Epithels vom Bindegewebe. Die mustergültigen Bearbeitungen der Karzinomforschung (in den Ergebnissen von Lubarsch und Ostertag) von Herxheimer und Bornemann und Herxheimer und Schmidt geben auch keine befreiende Antwort. — Die sekundären Degenerationen des Krebsepithels (Hyaline, Keratoide, Verkalkung, Erweichung) unterstützen die Diagnose, begründen sie nicht, besitzen daher nur relativen Wert.

So wachsen die Schwierigkeiten für die Diagnosestellung des beginnenden Hautkarzinoms. Vor der Hand werden wir ihrer nicht Herr. Fachpathologen und Dermohistologen gehen aneinander vorbei. Wie wäre es sonst zu erklären, daß Konjetznys Fall auch von Lubarsch für ein exzessives Kondylom erklärt wird. Für Unna und mich — ich darf es hier schon verraten — ist er ausgeprägtes Karzinom.

Solange die ätiologische Richtung in der Karzinomforschung uns in Stich läßt, so sehr müssen wir von den feineren Methoden der chemischen Färbung unser Heil erwarten. Das Problem ist brennend, weil „Krebs oder nicht Krebs" eine überaus praktische Entscheidung einschließt.

Angesichts aller Unstimmigkeiten und Widersprüche bei Aufstellung und Abgrenzung der Karzinome und Epitheliome ist daher gewiß die Mitteilung weiterer Fälle geboten, welche sich in die Schemata nicht ohne weiteres einfügen. So sicher die Karzinomdiagnose des Grissonschen Falles in den späteren Stadien war, so unentschieden noch in dem Stadium, in welchem der Kranke auf die Abteilung kam, und in welchem er schon die Riesenwucherung bot. Pathologen wie Unna und Simmonds lehnten das Karzinom nach den ersten Exzisionen rundweg ab. Es mag dem Leser an der Hand der Photogramme und Zeichnungen überlassen bleiben zu entscheiden, wieweit mir die Berechtigung zukam, an ein Karzinom zu denken. Um ein spitzes Kondylom handelte es sich nicht. Darüber war für Unna und mich kein Zweifel. In der Auffassung einer malignen Entartung bestärkte mich ungewollt — von solchen Beein-

Digitized by Google

flussungen hält sich vielleicht nur der mit dem klinischen Bild in keinerlei Berührung und Konflikt kommende Fachpathologe frei — das Aussehen der Geschwulst. Erfahrene Hamburger Venerologen sprachen bei der Krankenvorstellung von exzessiven spitzen Kondylomen. Nur eine ganz äußerliche Ähnlichkeit, der grob papilläre Bau, die Farbe, vor allem der Sitz an den Genitalien konnten zu dieser oberflächlichen Diagnose verleiten [1]).

Um es gleich vorwegzunehmen: Bei gleichbleibendem klinischen Bilde ergaben die späteren Exzisionen und Stückchenuntersuchungen des total exstirpierten Tumors einen von niemandem mehr bestrittenen Krebs. Rückschauend ordne ich daher die ersten ungewohnten mikroskopischen Präparate der Karzinomdiagnose unter, und komme ich zu der wohl nicht unangefochten bleibenden Auffassung, daß hier ein und dasselbe Karzinom in verschiedenen Bildern sich offenbarte. Der Zusammenhang der krebsigen Partien war auch in den spätesten Stadien nicht verloren gegangen — daher wohl das Verschontbleiben der Drüsen — trotz allem grotesken Durchwachsen der Haut. In den uns zur Verfügung stehenden früheren Stadien aber eine bei Lupenvergrößerung als Akanthom imponierende Geschwulst, welche indes schon bei schwacher Vergrößerung als die stark veränderte Oberhaut, besser als ein Oberhautersatz, sich auswies. Die Innenarchitektur der Oberhaut war sicher verloren gegangen, ihr äußerer Rahmen und Zusammenhalt war erhalten geblieben.

Gleich hier möchte ich den Gedanken zur Erwägung stellen, die Veränderung in das Gebiet der präkankerösen Affektionen zu verweisen. Die Histologie der Pagetschen Krankheit und der anderen Dystrophien des Epithels hat zu endlosen Aussprachen geführt, ob und wo hier die maligne Veränderung zu finden ist. Mit Darier [2]) bezeichnen wir als präkankeröse Affektionen Krankheitszustände, die so häufig den Ausgangspunkt einer Krebsentwicklung bilden, daß dieses Zusammentreffen mehr als ein bloßer Zufall sein muß.

Fig. 2 gibt einen Schnitt durch eine mit großen „spitzen Kondylomen" besetzte Vorhaut. Die äußere Form der Geschwulstpartien macht es verständlich, daß noch jetzt so gern und so häufig von einem Papillom gesprochen wird. Die Wucherung als Ganzes erhebt sich über die Oberfläche, das ganze Bindegewebslager wird in seiner Breite nicht oder kaum durch das Epithelwachstum beeinträchtigt. Die untere Epithelgrenze bleibt eigentlich immer in gleicher Höhe. Will man sich die Entstehung des komplizierten Bildes klarmachen, so muß man sich schon an ganz junge Vegetationen halten.

Die Wucherung beginnt mit einer kleinen, scheibenförmigen Verdickung des Epithels, einer knopfförmigen Hervortreibung, die zum größeren Teil auf den anschwel-

[1]) Jadassohns Vorschlag, an Stelle von spitzen Kondylomen von genitalen Vegetationen zu sprechen, halte ich für sehr zweckmäßig. — [2]) Grundriß der Dermatologie. Mit Bemerkungen und Ergänzungen von Jadassohn. Berlin 1913, Springer.

Digitized by Google

lenden Papillarkörper zurückzuführen ist. Blut- und Lymphgefäße sind in ihm erweitert, eine Anhäufung entzündlicher Zellen ist sehr früh bemerkbar. Das Epithel bleibt stets das formgebende Moment, die Kutis hat nur „passiv durch die Existenz vorgebildeter, in ihrer Festigkeit und Widerstandskraft differierender Punkte Einfluß auf die definitive Gestaltung". Viele Epithelknöpfchen schießen nebeneinander auf.

Nun wächst das Kondylom zu dem bekannten fingerförmigen, blumenkohlartigen, handartigen Gewächs heran. Das Epithel wuchert üppig, Basalzellen und die unteren Stachelzellagen zeigen reichlich Mitosen. Die einzelnen Stachelzellen können riesige Dimensionen annehmen, die Interspinalspalten klaffen, füllen sich mit Fibrin, wimmeln von Leukozythen. Die Stacheln und Epithelfasern können nirgends wie hier studiert werden. Die Unnaschen X-Zellen und die von ihm gefundenen Degenerationen der Epithelien erwähnen wir im Fluge. Der stark verbreiterten Körnerschicht folgt keine entsprechende Verdickung der Hornschicht, keine eigentliche Hyperkeratose, keine Aufstapelung von Hornmassen.

Im Bindegewebe nehmen die entzündlichen Erscheinungen schnell zu. Weitklaffende Kapillar- und Lymphgefäße dehnen immer mehr die Papillen bis in ihre Köpfe. Spindelzellen, Leukozythen, Mastzellen erscheinen reichlich, auch Plasmazellen in verschieden großer Zahl, ihre Zahl steigert sich mit der äußeren Reizung der leicht angreifbaren, durch keine dickere Hornschicht geschützten Geschwulst. In den weiten Lymphspalten häuft sich Fibrin.

Und jetzt kommt es durch die Bildung immer neuer Epithelknospen und -polster im Wechselspiel mit den chronisch-hyperplastischen Vorgängen im Bindegewebe und der Schwellungen in den Papillenköpfen bei dem Fehlen eines Widerstandes von oben, einer starken Horndecke, zu immer neuen Abfurchungen von Papillen. Je nachdem die äußeren Schichten der leichten Horndecke nachgeben, einreißen, haben wir die äußere Gestalt des Gewächses. Senkt sich die Hornschicht zwischen die größten Stammpapillen, so haben wir den handförmigen Bau, widersteht sie, überkleidet sie die ganze Wucherung, so haben wir einen keulen- oder birnförmigen Bau (Fig. 2), dringt sie zwischen die jüngsten Wucherungen, so resultiert das blumenkohlartige Gefüge.

Mit vorstehendem haben wir uns Unna angeschlossen. Aus dem Königsberger pathol. Institut stammen meine Untersuchungen über die Septenbildung in der Schleimhaut der ableitenden Harnwege, mit welchen ich mich noch vor meiner Lehrzeit bei Unna voll und ganz dem Standpunkt von Auspitz und Unna angeschlossen hatte. Es gibt keine selbständige Papillensprossung in das Epithel hinein. Wie bei der Haarpapille müßten wir bei einem selbständigen Papillenwachstum an der Spitze der Papillen Häufung von Bindegewebszellen mit reichlichen Mitosen sehen.

Wir legen absichtlich noch einmal unseren Standpunkt fest angesichts des durch eine sorgsame Literaturzusammenstellung sich auszeichnenden Buches von Cronquist über das spitze Kondylom. Cronquist entscheidet sich für das Bindegewebe als formgebendes Element. Nunmehr hat auch Jadassohn in seinem Londoner Vortrag die Beweisführung des Autors nicht anerkannt. An der Hand von Bornschen Modellen will Cronquist die Epithellücken von Juliusberg als Anlaß der Papillenwucherung wieder zu Ehren bringen. Die entschiedene Stellung, welche Jadassohns Autorität einnimmt — und bindegewebsfeindlich war Jadassohn gewiß nie — wird hoffentlich die rückschrittliche Opposition gegen Auspitz-Unnas Lehre mit beseitigen helfen.

Digitized by Google

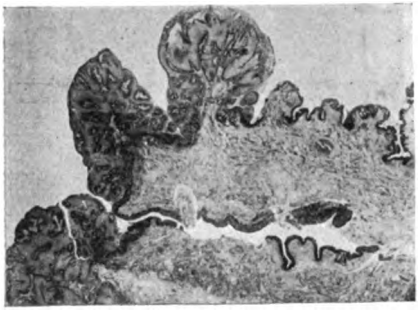


Fig.2

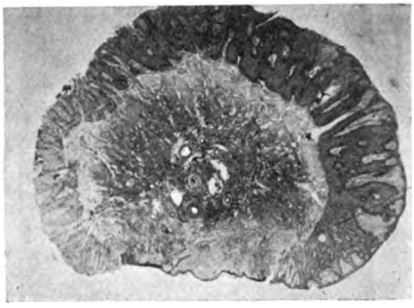


Fig.3

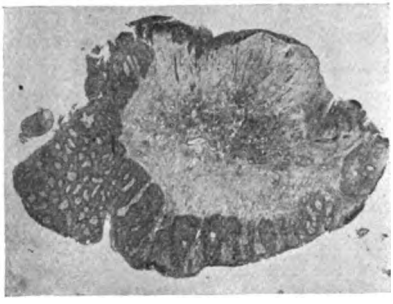


Fig.3a

Fig.4

Fig.5

Fig.6

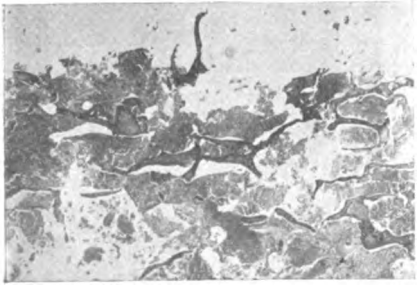


Fig.7

Fig.8

Erklärung der Abbildungen gegenüberstehend.

Digitized by Google

Die obigen Darlegungen über die Genese des spitzen Kondyloms machen das komplizierte Bild verständlich, welches uns Schnitte liefern. Die zahlreichen quer getroffenen Papillen, die scheinbar abgesprengten Epithelmassen, die, wie auch aus Fig. 2 ersichtlich, durch die Leukozytheneinwanderung oft stark geschädigten und zerklüfteten Epithelien, die mit breitem Fuß oder mit spitzem Auslaufen oder auch mal in ganz ausgefaserten Enden in das Bindegewebe reichenden Epithelzapfen, welche hier und da auch eine beginnende Perlkugelbildung aufweisen, die Querverbindungen der Epithelzapfen bei schneller Wucherung des Epithels — alles und dieses muß schon einen mit der Histologie der genitalen Vegetationen vertrauten Untersucher voraussetzen, will man die Diagnose nicht übersehen — aber auch nicht zu häufig stellen. Die Regelmäßigkeit des Bildes bricht doch immer wieder durch, die stets erhaltene Palisadenschicht und die Ordnung der ihr auflagernden, in ihrer Größe allerdings sehr verschiedenen Stachelzellen. Und schwanken tut schließlich in ihrem oben gezeichneten Rahmen auch das Aussehen der Horndecke.

Fig. 3 und 3a zeigten Schnitte durch die ersten mir zur Verfügung gestellten Exzisionen. Eine epitheliale Wucherung umschließt den an einer Seite von Epithel entblößten Bindegewebskörper; die epithelfreie Partie[1]) zeigt den Bindegewebskörper nur noch als ein chronisches Granulationsgewebe, zeigt die senkrecht ziehenden Gefäße, die in einem jungen und sehr feuchten kollagenen Gewebe lagernden Plasmazellen und Leukozyten. Die Oberfläche selbst von einem fibrinreichen Exsudat eingenommen. Das von Epithel umrahmte Bindegewebe ebenso reich an Plasmazellen, völlig im Stadium der chronisch entzündlichen Reizung mit sehr weiten venösen und lymphführenden Räumen versorgt, welch letztere in den Bindegewebsinseln innerhalb des schräg getroffenen Epithellagers in die Augen fallen. In Fig. 3 hat das Epithel überall ungefähr die gleiche Breite, sein Tiefenwachstum hat nirgends beträchtlichere Dimensionen angenommen. In Fig. 3a bietet die eine Stelle dem oberflächlichen Beschauer eine äußere Ähnlichkeit mit dem spitzen Kondylom. Auf beschränktem Raume hat hier eine größere Epithelwucherung stattgehabt. Die zahlreichen Bindegewebsquerschnitte haben mit den physiologischen Bindegewebspapillen oder mit den beim spitzen Kondylom immer neu abgefurcht werdenden Papillen nichts zu tun. Dafür zeugt das übrige Epithel, welches in seiner Wucherung ein total anderes Bild bietet als beim spitzen Kondylom, geradezu ein umgekehrtes. Auf das oben Gesagte mich beziehend, machen wir aufmerksam auf die in Abständen voneinander mehr oder weniger schmalen, nach der Oberfläche vielfach sich verschmächtigenden Epithelleisten, welche nach dem Bindegewebe zu breiter werden, sich verästeln in allen möglichen Formen, zu Lagern zusammenfließen. Die Epithelleisten sind zum Teil gar nicht von einem Epithellager und einer dieses überziehenden Horndecke überzogen; wo eine solche, ist sie sehr schmal, dünn, so daß ihr Einreißen an vielen Stellen durch irgend welche Irritation in vivo verständlich ist. Der nach außen

[1]) Es handelt sich meines Erachtens hier nicht um die Basis eines Knollens der Gesamtgeschwulst, sondern um einen durch mechanische Momente oder durch Eiterung bedingten Epithelverlust. Die Probeexzisionen sind demnach quer bzw. schräg durch einen Knollen gegangen.

Fig. 2—8 Photogramme.

Fig. 2. Vorhaut mit spitzen Kondylomen und epithelialem Gang. Vorhaut amputiert. — Fig. 3, 3a. Erstes (präkanköröses) Stadium bei verschiedenen Vergrößerungen. — Fig. 4, 5, 6. Karzinom. (Fig. 6 mit zahlreichen Erweichungsherden.) — Fig. 7. Knochenbalken inmitten des Krebsgewebes. — Fig. 8. Fall Konjetzny.

Digitized by Google

Fig. 9

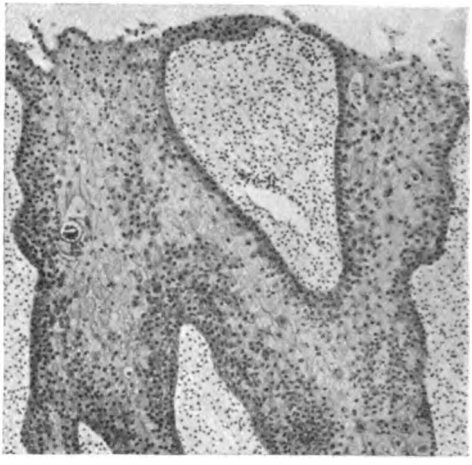


Fig. 10

Fig. 11

Fig. 12

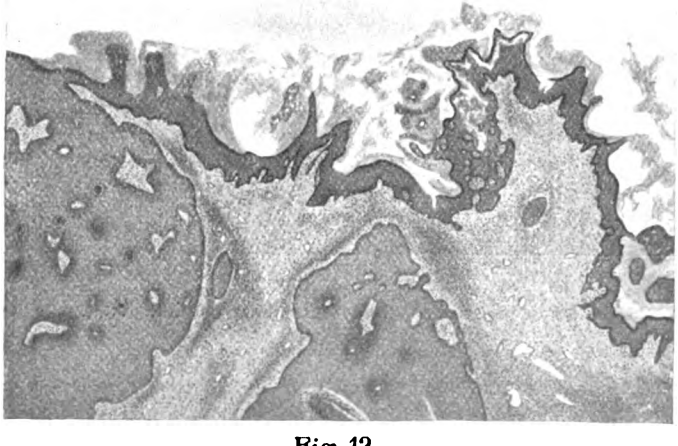
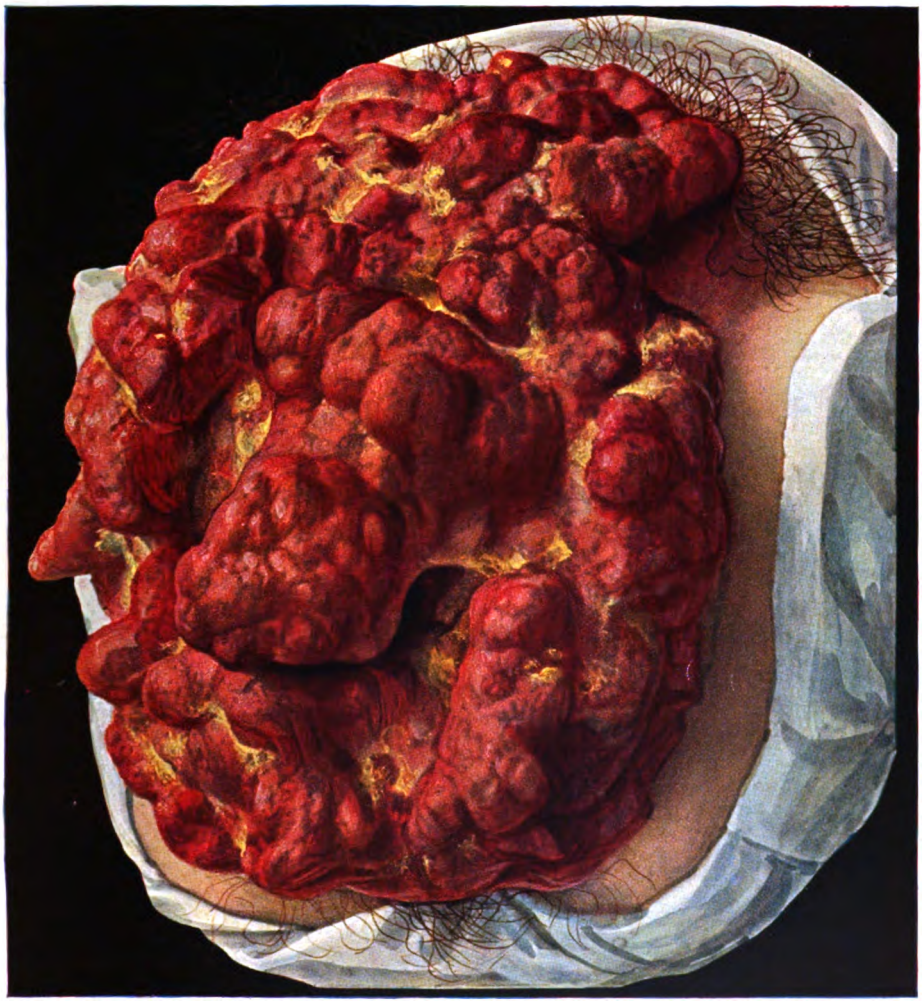


Fig. 13

Erklärung der Abbildungen gegenüberstehend.

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

dringende Serumstrom genügt schon, um sie zu zerreißen. Eine eitrige Kruste bedeckt das nackte Epithel, auf welcher nirgends eine Körnerschicht aufgesetzt ist. In den wenigen gröberen Einsenkungen an der Oberfläche sind Andeutungen von Hornlamellen vorhanden. Bei schwacher Vergrößerung gewahrt man überhaupt nicht, daß einer Verhornung doch schon in geringem Umfang die oberen Zellager unterworfen sind (vgl. Fig. 9, Zeichnung).

Bevor wir das vermeintliche Akanthom genauer betrachten, springt uns noch einmal in die Augen die fast ausgerichtete untere Grenze seines schrittweisen Vordringens (Fig. 3, 3a, 9). Mir hat sich die Vorstellung aufgedrängt, daß die enorme chronisch entzündliche Reizung des Bindegewebes, welche, wenn sie nicht sekundär ist, dem Epithelwachstum parallel geht — die Frage, ob sie sogar das primäre ist, gar nicht zu berühren — irgend einer Noxe ihr Dasein verdankt. Diese Noxe übt dann wieder im Sinne B. Fischers eine Attraktion auf das Epithel aus. Die Reizung als solche — Unna hat stets auf die Plasmazellenschale um die vordringenden Karzinomzapfen hingewiesen — würde das Gleichgewicht herzustellen versuchen, die verständliche Reaktion des Bindegewebes gegen den vordringenden Feind bedeuten[1]).

Das „Akanthom" bei Immersionseinstellung (Fig. 10, 11, 12 Zeichnungen):

Die Palisadenschicht ist überall erhalten. Einzelne umschriebene Ausbuchtungen, Zapfenbildungen, vermeintliche Auflockerungen bedeuten das Vordringen. Mitosen nicht überreichlich. Die Palisadenzellen geben dem ganzen Bilde eine gewisse Ruhe und täuschen meines Erachtens über die eigentliche Diagnose hinweg. Denn oberhalb der Reihe der Palisadenzellen ist nichts mehr von der gewöhnten Ordnung und dem etagenförmigen Aufbau der Stachelzellen zu sehen. Große gequollene, vielfach schon verflüssigte Epithelien wechseln ab mit kleinen Epithelien, welche zusammengedrückt erscheinen, sogar spindelige Form erhalten haben. Stellenweise kann man von fischzugartiger Anordnung reden. Beherrscht wird das ganze Bild jedoch von hyalin-

[1]) Unna sagt an einer Stelle, daß die Vorliebe sekundärer Krebse für die Form des karzinomatösen Lymphbahninfarktes darauf hindeutet, daß sie weniger deletär auf das Kutisgewebe wirken, und daß umgekehrt bei den primären Hautkrebsen ein noch unbekanntes, in die Ferne wirkendes, chemisches Agens auf das kollagene Gerüst schwächend einwirkt. Um die einfache Folge der zelligen Infiltration der Kutis kann es sich dabei nicht handeln. — Die Auffrischung dieser Überlegung interessiert heute um so mehr in Hinblick auf die Arbeiten von B. Fischer und seiner Nachfolger. Die Einwirkung chemischer Stoffe wird einmal vom Epithel aus, das andere Mal vom Bindegewebe aus supponiert, im ersten Fall in einem das Vordringen des Epithels begünstigenden, im letzteren die Epithelwucherung bedingenden Sinne. — Epithel- und Bindegewebstheoretiker treten wieder einander gegenüber, aber in weniger scharfer Kontroverse.

Fig. 9—13 Zeichnungen.

Fig. 9, 10, 11, 12. Erstes (präkankeröses) Stadium bei verschiedenen Vergrößerungen.
Fig. 13. Partie aus Fig. 4 (vgl. Text).

Digitized by Google

degenerierten Zellen, um welche sich die Nachbarzellen konzentrisch ordnen in allen Übergängen zu den Hyalinperlen. Auch Hornperlen sind vorhanden. Bienenwabenartig nimmt sich das Gefüge der obersten Epithelien aus, da von den verflüssigten Protoplasmaleibern nur die äußeren Partien, die Schalen, erhalten geblieben sind, welche als solche vorgetäuscht werden, in dem das zerfließende Protoplasma hier aufgehalten wird und sich zu stauen scheint. — Überlagert wird die Oberhaut von einer Eiterzellen- und Fibrinschicht. Die Einkerbungen kommen zustande durch herausgefallenes Epithel. In der Tiefe der im ganzen nur seltenen Gruben lagern vereinzelt Hornperlen.

Vertieft man sich in das Bild, so wird man mir zustimmen, daß erstens von einem spitzen Kondylom überhaupt keine Andeutung vorliegt, daß andererseits aber von einer Metaplasie der gesamten Oberhaut gesprochen werden darf. Die Metaplasie in Verbindung mit dem aufgehobenen Gefüge der Oberhaut — nur die Palisadenzellen sind erhalten — und in Verbindung mit der „Unruhe der Zellen" ist das Charakteristische des Bildes, welches zur Fig. 4 überleitet.

Vorher aber noch die eine Bemerkung, daß selbst in den vorgeschrittensten Fällen einer unbestrittenen Krebswucherung der Haut das „Fußen" des Epithels auf der Kutis, die Zylinderzellenschicht oft ganz erhalten ist. Es beweist dies geradezu den Zusammenhang der wuchernden Epithelmasse, das Fehlen eines sich Abschnürens. Im einzelnen verweise ich wieder auf Unna. Ich folge ihm da ganz. Seine styloide Form wie die alveoläre des Hautkarzinoms entraten der Palisadenschicht. Die gleichmäßige Zylinderzellenlage ist nur der Ausdruck einer unmittelbar an der Kutisgrenze gesteigerten Proliferation der Epithelien, eine Funktion besonderer Druckverhältnisse, welche wegfallen, wo das Bindegewebe durch stärkeren Widerstand die Zellsäulen in Auffaserung gebracht hat usw.

In den Photogrammen Fig. 3 u. 3a (vgl. Zeichnungen Fig. 9, 10) wird ein benignes Verhalten des Epithels um so mehr vorgetäuscht, als von einer stärkeren Wucherung, einem Unabhängiggewordensein des Epithels gegenüber dem Bindegewebe, nichts zu entdecken ist. In dem Rahmen der ursprünglichen Oberhaut haben wir ein metaplastisch verändertes Epithel vor uns, welchem ein schrankenloses Wachstum nicht gewährt ist. Nur weitere gleiche Beobachtungen können entscheiden, wo das mikroskopische Bild einzuordnen ist. Unseres Erachtens steht es mindestens an der Grenze von gutartig und bösartig.

Fig. 4. Der sehr umfängliche Schnitt, einem späteren Stadium des Falles entnommen, ist nur zu einem Teil auf die Platte gelangt. Eine noch schwächere Lupe hätte die Einzelheiten zu sehr vernachlässigt. Die Beschreibung kann sich kurz fassen, so schwer es auch ist, dem grotesken Bild gerecht zu werden.

Ein ausgesprochener Plattenepithelkrebs. Das Epithel hat die Oberhand gewonnen in unaufhaltsamem Wachstum, das Gleichgewicht der Gewebe ist zugunsten des Epithels aufgehoben. Die in dem Photogramme von Bindegewebe umschlossene epitheliale Partie stellt natürlich nur einen Schrägschnitt durch einen Epithelzapfen dar.

Digitized by Google

Durch ein Epithelwachstum 1. auf zu engem Raum, 2. unter dem Mangel einer festeren Horndecke, welche das Epithel zwingen würde, in die Tiefe zu steigen, ist es zu dem papillären Aufbau der Geschwulst gekommen. Das zwischen zwei Epithelvorsprüngen in der „Falte" bleibende Epithel verhornt bei solcher Überdachung um so leichter in seinem Zentrum. Die Fig. 4 erklärt sich mühelos.

Das zwischen der Krebswucherung ausgespart werdende Gewebe besteht überwiegend aus glatter Muskulatur. Die von letzterer umschlossenen weiten Lumina sind venöse Räume. Es handelt sich um kavernöses Gewebe eines Schwellkörpers, in welches die Wucherung eingedrungen ist.

Das Schwellkörpergewebe zeigt stellenweise eine reichliche Ansammlung von Plasmazellen[1]).

Als hervorstechendes Moment fällt wieder in die Augen die allen Epithelzapfen und der ganzen Wucherung eigen gebliebene Zylinderzellenlage. Die gesamte Epithelgeschwulst ist in Zusammenhang geblieben. Wo einzelne Nester im Bindegewebe eingesargt erscheinen, sind sie ohne weiteres schon durch den Kranz von Zylinderzellen als durch Schrägschnitt entstanden zu deuten, haben sie nichts gemein mit echten Krebsalveolen. Dadurch ist auch die relative Gutartigkeit des Falles zu erklären. Die Epithelmassen, welche sich gegen die Muskulatur vorwälzen, die kavernösen Räume zusammendrücken, wahrscheinlich, was aber nicht so leicht zu beweisen ist, in sie hineinwachsen, müssen schon einen starken Zusammenhalt besitzen. Indem wir von den Fig. 3, 3a und 9 ausgehen, stellen wir uns vor, daß aus irgend welchen Ursachen, vielleicht einer Schwächung des Bindegewebes, das im Zeichen einer Degeneration bzw. malignen Umwandlung befindliche Epithel zu regerem Wachstum ungehemmt einsetzt, seinen Einzelelementen, den einzelnen Epithelien aber keine Selbständigkeit einräumt. Das ist der Charakter des Grissonschen Falles, welcher ihn zu einem Unikum stempelt, daß die riesenhafte krebsige Wucherung die histologische und klinische Eigenschaft durchgängig bewahrt hat, welche bei umschriebenen Hautkrebsen gleicher Form nur über eine kleine Spanne Zeit vorhält.

Es muß hier aber hinzugefügt werden, daß bei einer hochgradigen Erweichung des Krebsgewebes, wie sie die Endstadien des Falles boten, von welcher das der Fig. 4 zugrunde liegende Stadium noch nicht viel bot, Drüsen und innere Organe auch freiblieben. Nicht nur das Wachstum per contiguitatem — in die Knochen hinein (Fig. 7) — erklärt allein solches, es muß noch eine besondere Eigenschaft der Karzinomzelle vorgelegen haben.

Wir müssen den Grissonschen Fall Unnas vegetierender Form des Hautkrebses zuordnen.

Den Wirrwarr der Krebsformen der Haut glaubte Unna auf wenige Typen zurückführen zu können. Er unterscheidet drei Hauptformen und eine Nebenform: 1. die vegetierende, 2. die walzige, 3. die alveoläre. Das Gemeinsame ist, daß sie die natürliche Struktur der Haut aufheben, indem die eindringenden Epithelien sich neue Bahnen schaffen. Ihnen steht eine vierte Form gegenüber, welche die vorhandenen Lymphbahnen be-

[1]) Um den Gang der Darstellung nicht unnötig aufzuhalten, wurde das Verhalten des Elastins in den einzelnen Präparaten nicht erwähnt. Zur Aufklärung des Falles trug es nicht bei. Es hatte merkwürdigerweise stark in seiner Färbbarkeit gelitten, war umfänglich zerstört. Schuld hieran war vielleicht das hochgradige Ödem. Als bekannt setze das Verhalten des Elastins zu dem es umwachsenden Krebsgewebe voraus.

Digitized by Google

nutzt, ohne die Gesamtstruktur zu untergraben, die Form des karzinomatösen Lymphbahninfarkts. Diese Nebenform kommt aber allein den sekundär auf die Haut übergreifenden und den metastatischen (Waldeyer) Krebsen zu.

Die vegetierenden Karzinome gehören zu den am üppigsten wachsenden und die Lymphdrüsen schnellstens infizierenden. Das zu massigen Klumpen anschwellende Epithel durchwächst regellos das Bindegewebe und konfluiert vielfach. Unna unterscheidet wieder zwei Unterformen, 1. die villöse und papilläre, 2. die grobretikuläre. Die erstere, der sog. Zottenkrebs, hat einen seiner Lieblingssitze an der Glans penis. Es liegt bei dieser Form ein Mißverhältnis vor zwischen der Üppigkeit der Epithelwucherung und der Möglichkeit, in entsprechendem Maße in die Tiefe zu steigen. An der Eichel — an ihr begann der Grissonsche Fall — ist das Mißverhältnis gegeben durch die enge Anheftung der dünnen Haut und den Widerstand der Faszie. Nach Beseitigung des Hindernisses ist das Tiefenwachstum um so schrecklicher und lebhafter, Schwellkörper (und bei anderem Sitz die Knochen, z. B. am Gesicht) werden durchwachsen. Die tiefgreifende Form des vegetierenden Krebses bezeichnet Unna als grobretikuläre, einmal im Hinblick auf die vielfachen Verschmelzungen der Epithelstränge, andererseits zum Unterschied von der einfach retikulären Form, welche Unna als Unterform seines walzigen Typus aufstellt, der zweiten Hauptform. Das Grundsätzliche bei dieser liegt in einem größeren Widerstand, welcher dem vordrängenden Epithel geboten wird, entweder in Gestalt von entzündlichen Herden im Bindegewebe oder in einer Zunahme und Verdickung dieses. Das Epithel schiebt in dünneren oder dickeren, zylindrisch gestalteten Zügen vor, oder in radiär gestellten kolbigen Auswüchsen. Das typische Beispiel für die styloide Unterform ist das Jacobsche Ulcus rodens, der gutartigste Krebs, bei welchem das Bindegewebe in großartiger Form durch narbige Umwandlung das Epithel aufhält. Die dritte Unnasche Hauptform, die alveoläre, ist durch die Nesterbildung charakterisiert, die Abschnürung von Epithelhaufen oder -herden oder Einzelzellen, ohne welche Abschnürung in anderen Organen eine Krebsdiagnose nicht anerkannt wird.

Wir wiederholen noch einmal: der nach der Unnaschen Einteilung zu den bösartigsten Hautkrebsen gehörende Grissonsche Fall verlief klinisch sehr langsam und relativ gutartig, was Drüseninfektion und Metastasenbildung anlangt.

Die Fachpathologen und wohl auch eine größere Zahl von Dermatologen haben die Unnasche Einteilung sich nicht zu eigen gemacht. Weniger die Abneigung gegen eine vielleicht zu weit getriebene Namenbildung mag dabei bestimmend gewesen sein, als die vielen Übergänge,

Digitized by Google

welche die einzelnen Formen untereinander aufweisen mögen und müssen. Ein Beispiel mag auch unser Fall sein. Wenn wir ihn zur vegetierenden Form gestellt haben, so verkörpert er schon in Fig. 4 die beiden, die papilläre und die grobretikuläre Unterform. In einzelnen Partien des Präparates könnte man ebensogut an die walzige Form denken. Wenn Fig. 3 und 3a als beginnendes Karzinom anerkannt werden sollten, würden sie mehr der walzigen Form zugeteilt werden müssen. Die Fig. 5 und 6, verschiedenen Teilen des Operationsmateriales entnommen, bieten verschiedene Bilder eines und desselben Stadiums. Es hängt eben alles davon ab, wie schnell und wie energisch das Bindegewebe überrannt und durchwuchert wird. Es wird an den verschiedenen Teilen der Körperdecke das Bindegewebe sich verschieden verhalten, vielleicht auch verschieden nach dem Alter der Haut. Die Frage ist daher berechtigt, ob die Unnaschen Formen der Architektur des Hautkrebses, mindestens innerhalb der großen Gruppen, nicht etwas in sich Wechselndes bedeuten. Unna wollte uns aber angesichts der Schwierigkeiten, vor welche der Dermohistologe gestellt ist, und welche von dem Fachpathologen nicht genügend gewürdigt werden, Orientierungsmarken geben. Als solche sind die Unnaschen Leitformen meines Erachtens noch nicht überholt, lange nicht genug anerkannt worden[1]).

Zur Fig. 4 zurückkehrend: Die an der Oberfläche gehäuften Epithelmassen zerklüften durch Eindringen der Verhornung in die Tiefe der Epithelzapfen; sie werden zu einem Blumenkohlgewächs. Durch Einreißen der Horndecke kommt es zu immer stärkerem Nässen und zu Nekrosen. Den Folgezuständen der oberflächlichen Ulzerationen ist der langsame Kräfteverfall des Patienten zuzuschreiben.

Fig. 13 gibt bei stärkerer Vergrößerung eine gutartig erscheinende Epithelpartie zwischen zwei aus der Tiefe gegen die Oberfläche sich vorschiebenden Krebshaufen. Die Epithelpartie ist an ihrer Oberfläche weitgreifender Verhornung unterlegen, sie lag überdies geborgen unter sie überragenden Epithelmassen, welche nicht mit gezeichnet sind. An ihre untere Grenze lehnt sich — eine Seltenheit in dieser Exzision — eine noch erhaltene, stark infiltrierte Kutis. Die Vollständigkeit verlangt, dieser gutartigen Epitheloasen zu gedenken, dabei nur die Frage streifend, ob es sich um des Epithels beraubte, neu epithelisierte Flächen handelt. (Die Röntgen-Behandlung hatte größere Teile der Krebswucherung zur Abstoßung gebracht, uns histologisch interessante Bilder der Röntgen-Schädigung von Krebs- und Bindegewebe beschert. An der jungen frischen Epithelüberhäutung konnten wir die Schnelligkeit des Epithelwachstums verfolgen.)

Es ist noch übrig, der im vorhergehenden kaum erwähnten Verflüssigung des Krebs-

[1]) Wir nehmen davon Abstand, neben der „formalen" Einteilung Unnas das pro und contra der Einteilungen von Darier, welcher neben der Histologie den klinischen Charakter mit zugrunde legt, von Krompecher und Beck (auf histogenetischer, nur das Epithel berücksichtigender Basis), von v. Hansemann und von Kreibich, welche beide von der Beschaffenheit des Krebsparenchyms, dem Grad der Anaplasie, ausgehen, im einzelnen zu erörtern.

Digitized by Google

epithels zu gedenken. Hyaline und keratoide Degeneration sind stark vertreten. Einzelne Epithelzapfen sind der Erweichung in einem solchen Grad verfallen, daß die kolbige Anschwellung auf den vermehrten Druck zurückgeführt werden kann. Die Verflüssigung bzw. Erweichung und Aufquellung der Epithelien, welche sich dabei abrunden, geht parallel einer reichen Leukozytenauswanderung. Die Eiterzellen dringen in die in Blasen umgewandelten Epithelien ein und geben mit dem an die Wand gepreßten Kern ein bizarres Bild. Diese Epitheldegeneration hat in Unnas und anderer Arbeiten eine ausführliche Würdigung gefunden. Die um den vermeintlichen Eiterherd gelegenen Epithelien werden konzentrisch geschichtet und lang ausgestreckt. Die ausgezerrten Protoplasmaleiber erscheinen peitschenförmig und erinnern an Bindegewebsfibrillen. Nach und nach werden diese „Fibrillen" vom Eiter abgeschält und dem zentralen Erweichungsherd einverleibt. Unna hat mit Recht darauf hingewiesen, daß gute Kollagenfärbungen nötig sind, um bei einem schnell wuchernden Krebs im Bereich solcher Erweichungsherde Kollagenreste nicht zu übersehen. Durch Verflüssigung des Kollagens — solche Kollagendegenerationen sind in den Präparaten, welche zu den Fig. 5 und 6 führten, zu sehen — kann es zu einer Vergrößerung der Erweichungsherde kommen, indem die angrenzenden Epithelien wiederum in den Bereich des sich auflösenden Kollagens geraten[1]).

Fig. 6 zeigt bei der schwachen Vergrößerung, welche auf die Platte kam, hellere abszeßartige Partien. Es handelt sich um erweichte Krebsherde. Die ganzen Zapfen sind röhrenartig ausgehöhlt.

Fig. 7 zeigt nekrotische Knochenstückchen der Symphyse. Diese schwimmen inmitten eines eitrigen, erweichten Krebsgewebes. Die Krebszellen sind die blasigen, eben erwähnten Veränderungen eingegangen. Die mangelnde Kernfärbung läßt die Frage aufwerfen, ob wir in dem erweichten Krebsgewebe noch lebensfähiges Gewebe vor uns haben. Unverständlich sonst, daß die aus dem Zusammenhang gelösten Zellen nicht zu einer Infektion der Drüsen und zu einer Metastasenbildung in anderen Organen führten, es sei denn, daß, wie schon erwähnt, die relative Gutartigkeit zu diesem Karzinom gehörte.

Die Fig. 5 und 6 zeigen das schrankenlos wuchernde Epithel. Von einem bestimmten Grundgewebe, in welches es einwächst bzw. zu welchem es ursprünglich gehörte, ist nichts mehr zu entdecken. In Fig. 5 fällt eine retikuläre Anordnung der Krebszapfen in die Augen, in Fig. 6 sind fast nur erweichte Krebszapfen zu sehen. Die stärkere Vergrößerung läßt die immer noch zusammenhängende Wucherung besser erkennen. Aber der Zylinderzellenkranz ist nicht überall mehr erhalten. Mit Schwinden des Druckes und zunehmender Quellung des Bindegewebes ist es zu einer Abflachung und Lockerung der wandständigen Epithelien gekommen.

In der Diskussion zu den Mitteilungen von Grisson und mir äußerte sich Herr Prof. Simmonds laut offiziellem Protokoll:

„Wie Sie an dem projizierten Mikrophotogramm erkennen können, war der histologische Befund an dem vor vier Jahren von mir unter-

---

[1]) Vgl. hierzu die Arbeiten von Friboes (Gutartige Hautepitheliome, 1912) und Ricker-Schwalb (Geschwülste der Hautdrüsen, Berlin 1914). Dorst und ich haben auf die Verflüssigung der Kollagens durch Lymphstauung hingewiesen. (Diese Zeitschrift, 1901, Dorst Dissertation, Leiden 1902.)

Digitized by Google

suchten Stück nicht von der Art, daß man ein Karzinom diagnostizieren durfte, und es freut mich zu hören, daß auch ein so erfahrener Kenner der Hautpathologie, wie Unna, damals sich in gleichem Sinne geäußert hat. Auch bei einem kürzlich veröffentlichten, dem vorliegenden stark ähnelnden Tumor lehnte Konjetzny die makroskopisch gestellte Diagnose Krebs auf Grund des histologischen Befundes ab, und Lubarsch unterstützte nachträglich diese Auffassung. In den von Herrn Delbanco jetzt vorgelegten Präparaten findet sich zweifellos krebsiges Gewebe, und ich kann daher nur annehmen, daß im Laufe der vier Jahre seit meiner ersten Untersuchung sich eine maligne Umwandlung des Tumors vollzogen hat. Auffallend bleibt es ja immer, daß ein Karzinom von dieser enormen Ausdehnung nach fünfjähriger Dauer keine Metastasen, vor allem auch keine Drüsenmetastasen, veranlaßt hat. Das unterstützt gewiß die Annahme einer eigenartigen, ursprünglich nicht krebsigen Neubildung."

Herrn Prof. Simmonds verdanke ich das Präparat des Konjetznyschen Falles, dessen photographische Wiedergabe[1]) (Fig. 8) Herr Privatdozent Konjetzny freundlichst gestattet hat. Sie deckt sich mit dem Photogramm in der Arbeit des Autors über einen ungewöhnlichen Penistumor (M. Kl., 1914, Nr. 28). In die vorliegende Arbeit wurde das Präparat aufgenommen, um das von unserem Fall abweichende Bild festzuhalten.

Konjetzny nimmt einen primären elefantiastischen Prozeß des Penis an und eine sekundäre atypische Epithelwucherung. Die mikroskopische Untersuchung ergab:

„Der erwähnte breite markige, zum Teil papilläre bis blättrige Randsaum stellt eine atypische Epithelwucherung dar, welche alle Zeichen ausgereifter Epidermisbildung aufweist. Diese atypische Wucherung zeigt nirgends ein destruierendes Wachstum und liegt in ihren basalen Abschnitten fast überall in dem gleichen Niveau. Es entspricht das histologische Bild dieser Epithelwucherung im großen und ganzen dem, welches wir bei exzessiven Condylomata acuminata zu sehen gewohnt sind. Der bindegewebige Grundstock, der die Hauptmasse des Tumors ausmacht, zeigt ganz das Bild, wie wir es bei elefantiastischen Zuständen kennen. Das Bindegewebe ist im ganzen zellarm. Die kollagenen Fasern sind verdickt und durchflechten sich ziemlich regellos. Hier und da ist ein zellreiches Granulationsgewebe mit massenhaft Plasmazellen vorhanden. Auch das Verhalten der elastischen Fasern entspricht ganz dem, was wir sonst bei Elefantiasis sehen; sie sind auffallend ver-

[1]) Sämtliche Photogramme dieser Arbeit wurden im Hamburger Zeißschen Institut mit der gütigen Unterstützung des Herrn Martini aufgenommen, welchem ich herzlichst danke. Aus technischen Gründen mußten die Originalaufnahmen auf die Hälfte verkleinert werden. Die Zeichnungen verdanke ich Fräulein Sikora.

Digitized by Google

dickt, sehr stark vermehrt und liegen oft unregelmäßig geformt in großen Konvoluten zusammen.

Die 1911 in der Dermatologischen Klinik gemachte Probeexzision, sowie der damals exzidierte Skrotaltumor zeigen ganz dieselbe histologische Beschaffenheit, wie wir sie eben beschrieben haben, nur zeichnet sich der bindegewebige Grundstock an diesen Präparaten durch ein im allgemeinen zellreiches Granulationsgewebe aus. Die nachträglich exstirpierten Inguinaldrüsen erwiesen sich mikroskopisch als einfach entzündlich hyperplastisch."

Zu Beginn meiner histologischen Ausführungen brachte ich die Genese und das Bild (Fig. 2) des spitzen Kondyloms. Es erübrigt sich, meinen Widerspruch gegenüber Konjetzny und Lubarsch in der Deutung des Falles als Ausdruckes „exzessiver Condylomata acuminata" zu begründen.

Konjetzny spricht von einer atypischen Epithelwucherung, welche alle Zeichen ausgereifter Epidermisbildung aufweist, aber nirgends ein destruierendes Wachstum aufweist und in ihren basalen Abschnitten fast überall in dem gleichen Niveau liegt.

Eine alle Zeichen ausgereifter Epidermisbildung aufweisende atypische Epithelwucherung bleibt mir ein unklarer Begriff. — Unter destruierendem Wachstum versteht Konjetzny wohl wie Ricker und Schwalb ein Wachstum in Muskulatur und Knochen. Ricker und Schwalb erkennen den Karzinomcharakter einer Geschwulst der Haut nur dann als einwandfrei an, wenn das Wachstum den erwähnten Umfang angenommen hat oder dann, wenn sich Tochtergeschwülste gebildet haben. Beides trifft, wie auch aus vorherstehendem erhellt, für die Haut nicht zu. — Bemerkenswert bleibt in dem Konjetznyschen Fall, daß die Epithelwucherung „in ihren basalen Abschnitten überall in dem gleichen Niveau liegt". Das gleiche war mir in meinen Präparaten (Fig. 3 und 3a) aufgefallen. Aber bei diesen konnte die Entscheidung weit schwieriger sein als in dem Konjetznyschen Präparat, welches für mich — das gleiche darf ich von Prof. Unna berichten — ein zweifelloses Karzinom ist.

Für mich ist der Fall von Konjetzny ein typisches papilläres keratoides Karzinom, charakterisiert durch atypisches Epithelwachstum, Epitheldegeneration, Plasmom um das wuchernde Karzinom. Diese Momente entscheiden die Diagnose.

Der Zusammenhang der atypischen Epithelwucherung, deren Vorrücken von einer dichten Plasmazellenschale begleitet wird, mag ihre klinische Gutartigkeit histologisch verständlich machen. Diese gibt der Geschwulst angesichts der räumlichen und zeitlichen Ausdehnung ihre Sonderstellung. Des gleichmäßigen Vordringens der Epithelwucherung sei noch einmal gedacht.

Digitized by Google

Konjetzny bleibt das Verdienst, als erster über eine höchst interessante, sicherlich seltene und zu neuen Ausblicken führende Krebswucherung der Genitalgegend berichtet zu haben. Seiner Beobachtung schließt sich die unsere mit ihren histologischen Eigenheiten an.

Wünschenswert erscheint mir, daß auf dem Gebiet der Diagnostik der krebsigen Entartung der Haut die Histologen zu größerer Einigkeit gelangen.

In dem von Grisson und mir beobachteten Falle ist das besondere das ungewöhnlich lange Erhaltenbleiben des Stadiums der Akanthose. Ich würde denselben am liebsten der Gruppe der präkankerösen Dermatosen (Darier) einreihen. Unna spricht in seiner Histopathologie von wohlbekannten Dermatosen, aus deren Symptomen mit Notwendigkeit ein Karzinom sich entwickelt. Bei diesen geht ein langes, anscheinend gutartiges Stadium von bestimmtem histologischem Charakter dem Krebs voraus. Unna zählt zu ihnen die Seemannshaut, das Xeroderma pigmentosum, die Pagetsche Erkrankung der Brustwarze.

Darier faßt den Begriff der präkankerösen Affektionen weiter, wohl zu weit, wenn er die Leukoplakie, die verruköse Arsenkeratose u. a. hinzunimmt.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis, von A. Blaschko. (B. kl. W., 1914, Nr. 12.) Verfasser bespricht zunächst die Vorteile des Salvarsans und auch seine Nachteile. Auf Grund seiner Erfahrungen warnt er vor der Anwendung zu großer Dosen, aber auch zu großer Quecksilberdosen. Die Wassermannsche Reaktion hat unsere Behandlungsmethodik von Grund auf neue Bahnen gewiesen. Allein auf diese Reaktion soll man aber eine Syphilistheorie nicht gründen. Für die quantitative Messung der Reaktion ist das Verfahren von Fritz Lesser das Beste. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit kann nur in einem Krankenhaus vorgenommen werden. Da die Paralyse am häufigsten im 11. bis 15. Jahre nach der Infektion, die Tabes oft noch später auftritt, da wir mit dem Wassermann erst seit sechs Jahren arbeiten, werden wir also in fünf bis acht Jahren frühestens wissen, welche Bedeutung die Wassermann-Reaktion für den definitiven Verlauf der Syphilis hat. Und um über den Wert des Salvarsans ein endgültiges Urteil abzugeben, werden wir uns noch mindestens zehn Jahre lang gedulden müssen. G. Heymann-Elbing.

Syphilisprophylaxe mit der Chininsalbe, von Schereschewsky-Paris. (D. m. W., 1913, Nr. 27.) Verfasser empfiehlt die 40%ige Chininsalbe, die er schon früher empfohlen, und nach deren Einreibung drei Minuten nach der Inokulation von Syphilismaterial in 30 Versuchen am Affen der Impfschanker verhütet worden war. Besonders soll sie einer Weiterprüfung bei der Prostitution und Marine unterzogen werden.

Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Über den Einfluß der modernen Syphilisforschung auf die Syphilisbehandlung in Badeorten, von Touton-Wiesbaden. (Ärztl. Festschr. z. Eröffn. des städt. Kaiser Friedrich-Bades in Wiesbaden 1913.) Die Vorzüge der Syphilisbehandlung an Badeorten bestehen im wesentlichen in der Möglichkeit einer bequemeren und energischeren Durchführung der Inunktionskur. Da heute die Kombinationstherapie mit Salvarsan und Quecksilber als die bewährteste Behandlung der Lues angesehen wird, sind die Vorzüge der Behandlung an Badeorten durch die moderne Syphilisforschung zwar etwas in den Hintergrund gedrängt, aber keineswegs in Frage gestellt worden. Verfasser hält eine lege artis durchgeführte Inunktionskur für eine sehr wirksame Syphilistherapie. Die Wirkung der Heilquellen besteht im wesentlichen in einer Anregung des Stoffwechsels. Man soll, wenn man eine recht anhaltende Quecksilberdauerwirkung erzielen will, möglichst lange neues Quecksilber regelmäßig zuführen, die Ausscheidung des alten aber im Gange halten. Auch zur rascheren Ausscheidung des Salvarsans und zur Vermeidung der Bildung schädlicher Arsenverbindungen ist die Stoffwechselbeschleunigung durch Bade- und Trinkkuren besonders chlornatriumhaltiger Wasser rationell. In zweiter Linie wirken die Trink-, Bade- und Schwitzprozeduren an Badeorten sowie die klimatischen Faktoren mobilisierend auf Herde mit geringen Stoffwechselbeziehungen. Die in Wiesbaden übliche Behandlung besteht in einer sechswöchentlichen Inunktionskur mit steigenden Dosen von 3,0—6,0 Resorbinquecksilber pro die und drei intravenösen Neosalvarsaninfusionen ebenfalls in steigender Dosierung von 0,6—0,75—0,9, von denen die erste nach 8—10 vorausgegangenen Inunktionen, die folgenden in ca. 8—10tägigen Intervallen vorzunehmen sind. Je nach Geschlecht, Alter und Individualität muß natürlich variiert werden. Durch diese Kombinationskuren, bei denen man die Dosen der beiden Mittel erheblich niedriger halten kann als bei Behandlung mit einem Mittel, addieren oder potenzieren sich die gewünschten günstigen abtötenden Wirkungen auf das syphilitische Virus, während etwaige unangenehme Nebenwirkungen halbiert werden oder ganz wegfallen. Valentiner-Leipzig.

Wichtigkeit der Dosen und der Anwendungsweise der Medikamente bei Syphilis, von L. Brocq. (Bull. méd., 1914, Nr. 27.) In längerer Erörterung führt Verfasser aus, daß es bei der Quecksilbertherapie der Syphilis nicht bloß auf die Menge des eingeführten Quecksilbers ankommt; es müssen noch andere Momente (Absorption usw.) berücksichtigt werden. Deshalb ist auch das graue Öl nicht das wirksamste Quecksilberpräparat, obwohl es das meiste Hg enthält. Andere Präparate (Kalomel, Zyanquecksilber usw.) sind viel zuverlässiger. R. Frühwald-Leipzig.

Die Fortschritte der Syphilisbehandlung, von E. Lesser. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Die Fortschritte der Diagnostik durch die Entdeckung der Spirochaeta pallida und der Wassermannschen Reaktion ermöglichen eine frühere und daher wirkungsvollere Behandlung. Wir dürfen hoffen, in frischen Fällen öfter, als es früher möglich war, die Syphilis kupieren zu können. Die Entdeckung des Salvarsans hat uns eine weitere Möglichkeit gegeben, kräftig zu behandeln und uns in der Hoffnung bestärkt, durch eine kräftigere Behandlung mehr zu erreichen, als das bisher möglich war. Die Wassermannsche Reaktion gewährt uns einen wichtigen, wenn auch, soweit wir dies bis jetzt übersehen können, Verfassers Ansicht nach wohl nicht allein und an und für sich ausschlaggebenden Faktor für die Einrichtung unseres therapeutischen Vorgehens. Die Wassermannsche Reaktion ist ferner von der größten Bedeutung für die Beurteilung des Heilerfolges. G. Heymann-Elbing.

Die Fortschritte der Syphilistherapie, von Julius Citron. (B. kl. W., 1914, Nr. 13.) Wir haben in der kombinierten Behandlung eine mächtige Waffe gegen die Syphilis gefunden, eine Waffe, die gegenüber den ältesten und schwersten Fällen von

Digitized by Google

Syphilis Erfolge erzielen kann, insbesondere auch bei Tabes. Bei Tabes, wo früher überhaupt nicht an die Möglichkeit einer Besserung geglaubt wurde, hat Verfasser ganz bestimmt Besserungen insbesondere hinsichtlich der gastrischen Krisen gesehen. Die Furcht vor dem Salvarsan ist nicht berechtigt. Wer Furcht haben will, soll Furcht vor der Syphilis haben. G. Heymann-Elbing.

Über die Fortschritte in der Behandlung der Syphilis, von Fr. Bering. (B. kl. W., 1913, Nr. 34.) In diagnostischer Beziehung hat uns die Wassermannsche Reaktion aufgeklärt über die große Verbreitung der Lues, und die Lumbalpunktion über die frühzeitige Beteiligung des Zentralnervensystems an der Erkrankung. In dem Salvarsan hat uns Ehrlich ein Antisyphilitikum gegeben, das sich in unübertrefflicher Weise zur Abortivbehandlung der primären Lues eignet. Bei der latenten Lues kommen wir ohne Hg nicht zum Ziele, Verfasser sieht in dem Kalomel das beste Präparat. Als die wichtigste Entdeckung ist aber die der Spirochäten anzusehen. Dadurch ist es möglich, durch rechtzeitige Abortivbehandlung einer syphilitischen Allgemeininfektion vorzubeugen. Diese Abortivbehandlung stellt das zu erstrebende Ideal in der Luesbehandlung dar. G. Heymann-Elbing.

Die Fortschritte der Syphilistherapie, von Jul. Citron. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 7.) Kritisches Referat zur Syphilisdebatte in der Berl. m. Ges. am 4. und 11. März 1914. Die vier Referenten (Lesser, Wechselmann, Blaschko und Citron) stimmen darin überein, daß die Wassermannsche Reaktion eines der wichtigsten Zeichen aktiver Lues sei und Berücksichtigung für die Therapie verdiene, ferner daß das Salvarsan ein relativ ungefährliches und trotzdem außerordentlich wirksames Heilmittel der Syphilis ist. Sie unterscheiden sich voneinander darin, daß Wechselmann jede Quecksilbertherapie ablehnt, weil sie eine Gefahr für die spätere Salvarsantherapie berge, während Lesser, Blaschko und Citron der kombinierten Behandlung den Vorzug geben. Für die Frühsyphilis ist die Anwendung kleiner Salvarsandosen bei 0,3, allenfalls 0,4 beim erwachsenen Manne vorteilhaft, bei der Spätsyphilis dagegen nach Citron die Anwendung größerer Dosen bis 0,6. Als Maßstab der Behandlung nehmen Blaschko und Lesser in erster Reihe die klinischen Symptome, letzterer freilich unter Zugrundelegung des Fournierschen Schemas der chronisch-intermittierenden Behandlung im „Intervall", während Wechselmann und Citron darin übereinstimmen, daß die biologische Reaktion der Maßstab sein müsse. Lesser, Blaschko und Citron stimmen darin überein, daß die Quecksilbertherapie stärker sein müßte als sie früher angewandt wurde. Lesser und Blaschko empfehlen Kalomelinjektionen, Citron protrahierte Schmierkur. Alle Redner betonen die Wichtigkeit der Frühbehandlung und erwähnen die Möglichkeit, selbst bei der Tabes Besserungen zu erzielen. Aus der anschließenden Diskussion ist beachtenswert, daß die Syphilistherapeuten mit der größten Erfahrung und dem größten klinischen Material am wenigsten Salvarsanschädigungen oder -todesfälle beobachtet haben.

Haas-Hamburg.

Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von Walter Pick-Prag. (M. Kl., 1913, Nr. 23.) Zunächst nennt der Verfasser diejenigen Momente, auf denen unsere jetzige Kenntnis der Syphilis beruht, die in den letzten Dezennien große Erweiterung erfahren hat: die Möglichkeit, die Syphilis auf Tiere zu überimpfen, die Entdeckung der Spirochaeta pallida und endlich die Wassermannsche Reaktion. Die Bedeutung der letzteren gibt Pick bei positivem Ausfalle zu, meint aber, daß derselbe nicht beweist, daß ein eventuell nach Jahren der Latenz noch bestehender Krankheitsherd nicht auch dauernd latent bleiben kann, oder daß er unserer Therapie zugänglich ist. Er verfügt über die Beobachtungen von drei jetzt über 60 Jahre alten Patienten, deren Infektion 35, resp. 37, resp. 42 Jahre zurückliegt, und die bei völliger Gesundheit, gesunden Kin-

Digitized by Google

deren und Enkeln doch wiederholt noch positive WR zeigten. In ähnlichen Fällen bei vorausgegangener genügender Behandlung empfiehlt Pick eine Probekur zu machen; ändert diese die Reaktion, so muß man eventuell weiter behandeln; geschieht das nicht, so soll man den sonst sich gesund fühlenden Patienten nicht nervös und ängstlich machen durch immer neu eingeleitete Kuren. Bei der Besprechung des Salvarsans spricht Pick von einem „Soll und Haben"-Konto; auf dem Passivkonto stehen erstens die Neurorezidive, die er als Monorezidive syphilitischer Natur auffaßt, und zweitens die Todesfälle, die zumeist Folgen einer Encephalitis haemorrhagica sind und, wie er betont, von vornherein unberechenbar sind. Dagegen kann man sich schützen durch eine genaue Untersuchung der Patienten und Ausscheidung ungeeigneter Fälle, eventuell probeweise Infusion ganz kleiner Dosen, ferner durch kleine Dosen und große Intervalle, besonders aber durch vorausgeschickte Quecksilberkuren. Demgegenüber stehen auf dem Aktivkonto des Salvarsans: die prompte Beeinflussung der allermeisten Erscheinungen der Syphilis, die Möglichkeit Hg refraktäre Fälle zu behandeln, und die Möglichkeit von Abortivkuren. In bezug auf die Technik, Dosierung usw. bringt der Verfasser nichts Neues, er betont zum Schluß, daß durch das Salvarsan die Rezidive viel seltener geworden seien, und daß das für die allgemeine Praxis von unendlicher Bedeutung ist. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Geschlechtskrankheiten im Felde und deren Verhütung, von E. Lesser. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 23.) Während Neisser die Frage, ob es möglich ist, bei im Felde stehenden Soldaten die Behandlung der Geschlechtskrankheit durchzuführen, bejaht, hält L. es für die einzig richtige Maßnahme die geschlechtskranken Soldaten zur Lazarettbehandlung zurückzuschicken. Unter Würdigung aller Bedenken, die der Empfehlung eines besonderen Prophylaktikums entgegenstehen, hält L. es doch für wichtig im Kriege, wo es auf jeden Mann ankommt, den Soldaten den Gebrauch des Kondoms zu empfehlen und ihnen die Beschaffung z. B. beim Lazarettgehilfen zu ermöglichen. In bezug auf allgemeine Prophylaxe empfiehlt er möglichst strenge Unterdrückung der Provokation durch die Prostituierten und möglichst streng durchgeführte ärztliche Überwachung des Prostituierten. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Der Urologe Prof. Josef Englisch, gewesener Primararzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung in Wien, feierte am 11. Januar den 80. Geburtstag.

Auf Kriegsdauer wurden ernannt die Privatdozenten Dr. Leopold Freund, Dr. Siegfried Grosz und Dr. Otto Sachs in Wien zu Stabsärzten, Prof. Ludwig Merk in Innsbruck zum Oberstabsarzte I. Klasse.

Prof. Eduard Jacobi, Direktor der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B., ist infolge einer Erkrankung im Operationsgebiete gestorben.

Dr. Charles Wood McMurtry, Instructor für Dermatologie am College of Physicians and Surgeons und dermatologischer Assistent des Vanderbilt Clinic und St. Luke's Hospital in New York, ist am 26. November nach einer Appendizitisoperation im Alter von 42 Jahren gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. Januar 1915 | Nr. 5 | Band 60

Aus dem Institut für Hygiene der Kgl. Universität Turin
(Vorstand: Prof. Luigi Pagliani).

Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra.

Von

Dr. Karl Rühl.

Während sich eine Reihe von Autoren bemühten, die Lücken auszufüllen, die der alten Lehre Lombrosos über die Ätiologie der Pellagra innewohnen und die Sambonsche und die Tizzonische Theorie vergebens auf die gewünschten Bestätigungen warteten, sind auf dem Gebiete der Ätiologie der Pellagra einige neue Hypothesen oder Lehren aufgestellt worden.

Die Tatsache, daß die pellagrösen Hauterscheinungen fast ausschließlich die dem Lichte ausgesetzten Körperteile befallen und daß nicht nur die Hautmanifestationen der Pellagra, sondern auch die Exazerbierungen der psychischen Symptome während der Frühjahrs- und Sommermonate auftreten, zu welcher Zeit die Bevölkerung der Pellagragegenden lange Stunden im Freien unter den Sonnenstrahlen arbeitet, legte den Gedanken eines möglichen kausalen Zusammenhanges zwischen Sonnenlicht, Maisnahrung und Pellagra nahe.

Aschoff hat bereits 1908 der Annahme Ausdruck gegeben, daß der verdorbene Mais ein Gift enthalte, das die Haut gegen die Sonnenstrahlen sensibilisiere. Jedoch wurde die Hypothese, daß die Pathogenese der Pellagra in einer wahren und echten photodynamischen Reaktion im Sinne von v. Tappeiner zu suchen sei, etwas später und zwar fast zu gleicher Zeit und unabhängig voneinander von Raubitschek, Lode und Horbaczewski aufgestellt und zwar auf Grund von experimentellen Untersuchungen, auf die ich hier etwas näher eingehen will.

Raubitschek experimentierte zuerst mit Kaninchen und Meerschweinchen und später, in Anbetracht des Umstandes, daß bei Herbivoren der Einfluß einer ausschließlichen Maisdiät weniger deutlich zutage treten mußte, mit gewöhnlichen und mit weißen Mäusen. Die Tiere wurden zum Teil im Sonnenlichte, zum Teil im Dunkeln gehalten, und zum Teil ausschließlich mit Mais, zum Teil mit gemischter Kost (ohne Mais) gefüttert. Er beobachtete, daß die ausschließliche Ernährung mit Mais, und zwar

Digitized by Google

sowohl mit verdorbenem wie mit gesundem, an und für sich keinen schädlichen Einfluß ausübt, während eine schädliche Wirkung zutage tritt, wenn neben der Maiskost das Sonnenlicht ins Feld tritt. Die im Dunkeln gehaltenen Maistiere blieben ebenso wie die am Sonnenlichte gehaltenen dunkeln Mäuse völlig gesund, während die weißen Mäuse unter dem Einfluß der Maisdiät und des Sonnenlichtes eine Reihe von Krankheitserscheinungen (Abmagerung, bald Stupor, bald Überreizbarkeit, lähmungsartige Schwäche der hinteren Extremitäten, Hyperämie des Maules und der Ohren, nicht sehr starker Ausfall der Haare am Kopfe und am Rücken) aufwiesen und nach 8—21 Tagen, oft unter krampfartigen Erscheinungen, zugrunde gingen. Die Tiere, bei denen sich der beschriebene Krankheitszustand bereits entwickelt hatte, konnten meistens, selbst wenn fortgefahren wurde, sie bei ausschließlicher Maiskost zu halten, vor dem Tode dadurch gerettet werden, daß sie ins Dunkle gebracht und darin gelassen wurden, während der Exitus nur eine Verzögerung erfuhr, wenn die Maisdiät durch gewöhnliche gemischte Kost ersetzt wurde, ohne die Lichtverhältnisse abzuändern. Raubitschek schloß daraus, daß sich unter der gleichzeitigen Einwirkung der Maiskost und des Sonnenlichtes ein nicht nur für die Haut, sondern für den ganzen Organismus schädliches Quid entwickle und daß der Mais photodynamische aktive Stoffe enthalte. Er glaubt ferner, daß diese Stoffe alkohollöslich seien, weil er beobachtete, daß der mit Alkohol extrahierte Mais die schädliche Wirkung nicht besitzt und daß der alkoholische Extrakt aus Mais unter gleichen Verhältnissen ähnliche Symptome hervorruft wie die exklusive Maisdiät.

Horbaczewski führte ähnliche Versuche wie Raubitschek aus und beobachtete, daß die ausschließlich mit Milch und Polenta gefütterten weißen Mäuse erkrankten und starben, während die bei derselben Kost gehaltenen dunkeln Mäuse keine Krankheitserscheinungen aufwiesen. Bei ersteren traten folgende Hautmanifestationen auf: ekzematöse Entzündung der Haut der vorderen Körperteile und der Schwanzspitze; intensive Konjunktivitis; die befallenen Hautzonen wurden kahl; die Ohren erfuhren eine Art Mumifikation; die Hauterscheinungen begannen mit starkem Juckreiz. Später traten auch nervöse Erscheinungen auf und zwar: anfallweise Zuckungen, Steigerung der reflexen Erregbarkeit, zuweilen Lähmungssymptome, Parese der Hinterextremitäten, Paralyse des Detrusor vesicae.

Wurde an Stelle des gewöhnlichen Maises mit Alkohol extrahierter Mais verfüttert, so kam der Krankheitsprozeß zum Stillstand, die Tiere starben nicht, und an einzelnen kahlen Stellen wuchsen wieder die Haare. Bei den weißen Tieren, denen Weizenkleie, Milch und ein alkoholischer Maisextrakt oder eine Lösung von Maispigment in Olivenöl verfüttert

Digitized by Google

wurde, traten ähnliche oder identische Erscheinungen auf wie die oben beschriebenen.

Horbaczewski ist der Ansicht, daß das im Mais enthaltene Gift nicht nur photodynamisch wirke, weil es z. B. hypodermatisch eingeführt auch bei dunkeln Tieren lokale Entzündungserscheinungen hervorruft, und daß neben dem alkohollöslichen vielleicht auch noch andere toxische Stoffe eine Rolle spielen. Das reine Maispigment rief bei den Tieren, denen es per os, hypodermatisch oder durch Einreibungen einverleibt wurde, nur geringe kutane Erscheinungen hervor.

Umnus hat ebenfalls mit weißen und dunkeln Mäusen experimentiert. Da der gelbe Mais eine große Menge Fett enthält und zwar zum größten Teil im Keim, hat Umnus, um die Möglichkeit auszuschließen, daß die pellagrogene Wirkung des Maises eventuell durch die Einwirkung eines stark toxischen Öles bedingt sei, auch Versuche mit entkeimtem, also des größten Teiles seines Fettes beraubtem Mais ausgeführt. Auch er beobachtete, daß die ausschließliche Fütterung mit gelbem Mais (in Form von Polenta) nur am Lichte schädlich war, während die im Dunkeln gehaltenen Tiere unbeschädigt blieben, und daß die bereits erkrankten Tiere heilten, wenn sie, unter Fortsetzung der Maisdiät, ins Dunkle gebracht wurden, während sie in der Mehrzahl der Fälle zugrunde gingen, wenn sie am Lichte gelassen und die Maiskost durch eine gemischte Kost ohne Mais ersetzt wurde. Die Versuche mit weißem Mais ergaben dieselben Resultate mit dem Unterschiede, daß keine Hauterscheinungen auftraten. Umnus hält das von ihm bei seinen Tieren beobachtete Krankheitsbild für identisch mit demjenigen der menschlichen Pellagra, ist aber der Ansicht, daß der hauptsächliche pellagrogene Faktor in einer Intoxikation zu suchen ist und daß das fluoreszierende Maispigment als Ursache des pellagrösen Erythems wirkt; das Sonnenlicht soll nur insofern einen Einfluß ausüben, als es die Giftigkeit des Maises auf den höchsten Grad steigert. Er kann infolge der kurzen Dauer seiner Experimente nicht die Möglichkeit ausschließen, daß auch die im Dunkeln gehaltenen Maistiere gestorben wären. Er führt als Argument gegen die ausschließlich photodynamische Ätiologie der Pellagra die Tatsache ins Feld, daß fast alle Pflanzen das fluoreszierende Chlorophyll enthalten, ohne daß die Menschen und die Tiere, die sich mit grünen Pflanzenteilen nähren, dadurch geschädigt werden [1]).

[1]) Dagegen könnte man jedoch, abgesehen von verschiedenen anderen Betrachtungen, einwenden, daß die photodynamische Wirkung je nach der Art der bei der Fluoreszenz absorbierten und der ausgeschickten Strahlen eine verschiedene sein kann, daß die Organismen, die sich naturgemäß mit chlorophyllhaltigen Stoffen nähren, mit besonderen Schutzmitteln gegen die photodynamische Wirkung versehen sein können und daß es nicht nachgewiesen ist, daß alle einverleibten fluoreszierenden Stoffe mit unveränderter Fluoreszenz ins Blut übergehen.

Digitized by Google

Lode beobachtete, daß die ausschließlich mit Mais gefütterten und am Sonnenlichte gehaltenen Meerschweinchen nach zwei Wochen kahl wurden und eine Gewichtsabnahme zeigten, daß aber auch der Bauch, der nicht der Wirkung des Lichtes ausgesetzt war, das Haar verlor, und daß auch die ausschließlich mit Reis gefütterten Tiere ähnliche Veränderungen aufwiesen.

Bemerkenswert ist auch die von Hausmann gemachte Beobachtung, daß die Ohren der mit Mais gefütterten Kaninchen viel stärker auf die Strahlen der Finsenschen Lampe reagieren, als die der bei gewöhnlichem Futter gehaltenen Kaninchen.

Sormani, der die Versuche Raubitscheks wiederholte und dazu guten gesunden Mais, aus diesem gewonnenes Liprochrom und alten schimmeligen Mais benutzte, kam zu der Schlußfolgerung, daß gesunder Mais sowohl im Dunkeln wie am Lichte nur eine geringe Gewichtsabnahme verursacht und daß verdorbener Mais krankheitserregend wirkt und schließlich zum Tode führt, wobei die am Lichte gehaltenen Tiere etwas intensiver und rascher reagieren.

Rondoni, der mit weißen Mäusen arbeitete, spricht sich gegen die photodynamische Lehre aus und schließt aus seinen Versuchen, daß die Maisdiät, selbst wenn gesunder Mais in reichlichem Quantum verfüttert wird, für weiße Mäuse schädlich ist, vielleicht infolge einer besonderen Empfindlichkeit dieser Tiere gegen dieses Futter, und daß auch das Sonnenlicht an und für sich, d. h. unabhängig von der Art der Ernährung, einen schädlichen Einfluß auf die Vitalität der weißen Mäuse ausübt.

Centanni und Galassi haben mit Meerschweinchen und weißen Mäusen experimentiert und kommen zu der Schlußfolgerung, daß bei der Maisdiät der wirklich verhängnisvolle Faktor in der einseitigen Kost zu suchen ist und daß die photodynamischen Erscheinungen nur eine Nebenrolle spielen.

Audenino, der zwar nur mit zwei Kaninchen und zwei weißen Mäusen experimentierte, konnte Raubitscheks Ansicht nicht bestätigen.

Funk hat bei seinen Tauben, die mit rohem oder gekochtem Mais im Lichte gehalten wurden, niemals eine schädliche Wirkung gesehen. Lavinder konnte überhaupt die Lichtwirkung nicht bestätigen. Hausmann hebt hervor, daß die Hautläsionen in der Zeit, wo die Sonne am intensivsten wirkt, in der Regel schwächer auftreten. Wellmann und Sparks berichten über Winterfälle von Pellagra, die ohne merkliche Belichtung entstanden sind. Nutter berichtet über Fälle von Pellagra bei Negern. Hirschfelder konnte im Blutserum der Pellagrösen keine fluoreszierenden Stoffe nachweisen.

Funk betrachtet die Pellagra als eine durch Mangel an Vitaminen

Digitized by Google

in der Nahrung bedingte Krankheit. Die Nahrungsmittel enthalten neben den Eiweißstoffen, Kohlehydraten, Fetten, Purinkörpern, Lipoiden und Salzen besondere sehr wichtige, bisher unbekannte Substanzen, d. h. die Vitamine, deren Fehlen in der Nahrung, selbst wenn diese in sonstiger Beziehung sehr stoffhaltig und nahrhaft ist, die Entwicklung besonderer Krankheiten hervorruft, die Funk als Avitaminosen bezeichnet, und die, wenn sie nicht behandelt werden, zum Exitus führen. Die Vitamine sind kristallinische, stickstoffhaltige Stoffe von sehr komplizierter Zusammensetzung und gehören chemisch einer noch unbekannten Gruppe an: abgesehen von ihrer biologischen Bedeutung, indem ihr Vorhandensein in der Nahrung notwendig ist, sind sie pharmakodynamisch indifferent und könnten in jedem Quantum ohne Schaden einverleibt werden.

Die charakteristischen Symptome, die bei den Avitaminosen auftreten, kann man in folgende Gruppen einteilen: 1. Der Symptomenkomplex der Nervendegenereszenz mit Lähmungen und Kontrakturen. 2. Der Herzsymptomenkomplex mit Erweiterung des rechten Herzens, Dyspnoe, Zyanose und Oligurie. 3. Anasarka, Hydroperikard, Hydrothorax, Aszites. Diese drei Symptomengruppen sind dem Beriberi eigen. 4. Das für Skorbut charakteristische klinische Bild mit Anschwellung des Zahnfleisches, subkutanen und subperiostealen Blutungen und typischen Knochenläsionen. Dieses Bild entspricht auch dem infantilen Skorbut. 5. Der pellagröse Symptomenkomplex mit Stomatitis, Magendarmläsionen, typischem Hauterythem und Erscheinungen von seiten des Nervensystems. Nicht selten vermischen sich die Symptomenkomplexe miteinander, und es entstehen gemischte Krankheitsbilder mit verschiedenartigen Vereinigungen von Symptomen des Beriberi, des Skorbuts und der Pellagra.

Die Vitamine befinden sich in den frischen keimenden grünen Pflanzen, in den saftigen Früchten, im frischen Gemüse, in den Kartoffeln, in den Zerealien, in der rohen Milch, dem Eigelbe, dem Fleische, dem Gehirne und in anderen tierischen Geweben.

Die Vitamine gehen verloren, 1. wenn man die peripheren Schichten der Getreidesamen mechanisch entfernt (was besonders für den Reis, den Mais, den Weizen und den Roggen wichtig ist); 2. infolge übermäßigen Kochens oder dadurch bewirkten Extrahierung; 3. durch übermäßiges Erhitzen (was besonders für die Milch wichtig ist); 4. infolge von Austrocknung.

Was den Mais (und den Reis und den Weizen) anbelangt, so befindet sich an der Oberfläche des Kornes die Haut und unmittelbar unter dieser die Aleuronzellenschicht, die reich an Proteinstoffen, an Fett und an Salzen ist und in der die Vitamine ihren Sitz haben; das Innere des Kornes, d. h. das Endosperma, enthält keine Vitamine; am Hilus des

Digitized by Google

Maiskornes befindet sich der Keim, der wieder reich an Proteinstoffen, Fett und Salzen ist.

Die frische Bierhefe und ihre Extrakte und der Lebertran sind reich an Vitaminen.

Um die Entstehung der Pellagra zu vermeiden, soll man neben dem Mais andere an Vitaminen reiche Nahrungsmittel (Kartoffeln, Obst, Gemüse, Fleisch) genießen; der Mais soll in toto gemahlen werden, um den Verlust der vitaminhaltigen Teile zu vermeiden. Funk gibt zu, daß die Pellagra, obwohl sie eine Krankheit der armen Volksschichten ist, die unter vielen Entbehrungen leben (für Amerika 80%), auch unter wohlhabenden Leuten vorkommt und erklärt diese Fälle, indem er sagt, daß wenn man große Mengen geschälten Maises genießt, der gleichzeitige Genuß anderer an Vitaminen reicher Nährmittel (Kartoffeln, Obst, Milch, Butter usw.) nicht genügt, um das Vitamindefizit zu decken.

Eine dritte neue Lehre vertritt Volpino, nämlich die Lehre von dem Monophagismus. Dieser Autor ist durch die Ergebnisse einer großen Reihe von Versuchen zu der Schlußfolgerung geleitet worden, daß sich bei den Tieren, die während langer Zeit mit einem und demselben Nahrungsmittel gefüttert wurden, ein Krankheitsbild entwickelt, das nach mehr oder minder kurzer Zeit zum Exitus führt. Dieses Krankheitsbild, das Volpino als monophagischen Symptomenkomplex bezeichnet, kann je nach der Art des als ausschließliches Futter dienenden Nahrungsmittels verschieden sein; es sind ihm jedoch zwei konstante Symptome eigen, nämlich die Gewichtsabnahme und der Verlust der Freßlust. Das Eintreten des Exitus wird durch den Umstand, ob dem Tiere trockene oder frische Vegetabilien verfüttert werden und durch den, ob das Tier im Dunkeln oder im Lichte gehalten wird, nicht beeinflußt; dagegen ist die Lebensdauer des monophagischen Tieres je nach der Art des Futters verschieden. So ist z. B. die durchschnittliche Lebensdauer der ausschließlich mit Kohl gefütterten Meerschweinchen zwölf Tage, während sie für Maistiere 35 und für Meerschweinchen, denen Kartoffeln oder getrocknete grüne Erbsen verfüttert werden, 50 Tage beträgt.

Dem Monophagismus sind zwei Grundcharaktere eigen, und zwar:

1. Die Spezifität in bezug auf das Agens: wenn man bei einem Tiere, das sich im monophagischen Zustande befindet und bei welchem der Tod unmittelbar bevorzustehen scheint, das betreffende Futter, das bis da verabreicht wurde und die Monophagie herbeiführte (z. B. Mais), durch ein artfremdes Futter (z. B. Kartoffeln) ersetzt, so kann man das Tier in der Mehrzahl der Fälle vor dem Exitus retten; ersetzt man hingegen das betreffende Futter durch ein artverwandtes (z. B. Mais durch Weizen), so wird der Exitus in keinem Falle hintangehalten.

Digitized by Google

2. Eine Veränderung der Reaktion des Organismus gegenüber dem betreffenden Futter, das, als ausschließliche Nahrung verabreicht, als monophagieerregend wirkte; dieses Futter wird allmählich zu einem Gifte für den Organismus, dem es als ausschließliche Nahrung verabreicht wurde.

Für diese Giftigkeit des Nahrungsmittels, das die Monophagie herbeiführte, spricht neben dem zunehmenden Widerwillen, den das Tier für das betreffende Futter empfindet (so daß es dieses zuletzt nur noch in ganz geringer Menge oder überhaupt nicht mehr zu sich nimmt, und es, wenn man versucht, es ihm zwangsweise einzuführen, sofort nach der Einführung wieder von sich gibt und zuweilen sogar infolge der forcierten Einführung plötzlich unter anaphylaxieähnlichen Erscheinungen stirbt), auch die von Volpino beobachtete und von Cesa-Bianchi und Vallardi in einer Reihe von sorgfältigen Untersuchungen bestätigte Tatsache, daß der durch Injektionen eingeführte Maisextrakt sich für Meerschweinchen, die während längerer Zeit ausschließlich mit Mais gefüttert wurden, giftig erweist, während er auf Meerschweinchen, die mit anderen Vegetabilien gefüttert wurden, keine oder eine viel schwächere Giftwirkung ausübt. Die ausschließlich mit Mais gefütterten Meerschweinchen erwerben eine ausgesprochene Überempfindlichkeit gegen die Extrakte aus (sowohl gesundem wie verdorbenem) Mais. Bemerkenswert ist diesbezüglich die Tatsache, daß, während Volpino mit ausschließlicher Maisdiät arbeitete, Cesa-Bianchi und Vallardi die gleichen Resultate bei Meerschweinchen erzielten, denen neben dem (gesunden oder verdorbenen) Mais auch frisches Gemüse verfüttert worden war.

Bezüglich der besonderen Überempfindlichkeit der monophagischen Tiere gegen das homologe Futter hebt Volpino hervor, daß dieselbe von der Serumanaphylaxie und von der alimentären Anaphylaxie, wie diese gewöhnlich verstanden wird, verschieden ist, weil sie nicht von der Anwesenheit im Blutserum von Antikörpern gegen das als ausschließliche Nahrung angewendete Futter begleitet ist, weil sie nicht auf andere Tiere durch das Serum passiv übertragbar ist und weil weder eine Kutan- noch eine Okuloreaktion erzeugt werden kann.

Der Monophagismus ist nach Volpinos Auffassung im wesentlichen eine Überempfindlichkeitskrankheit, und der Exitus des monophagischen Tieres ist eine notwendige Konsequenz der veränderten Beziehungen des Organismus zu dem über eine gewisse Zeitgrenze hinaus als ausschließliches Futter verabreichten Nährmittel.

Was nun die Pellagra anbelangt, so ist Volpino der Ansicht, daß dieselbe ätiologisch als eine Form von Maismonophagie zu deuten sei. Für eine derartige Beziehung zwischen der Pellagra und der ausschließlichen oder vor-

Digitized by Google

wiegenden Maisdiät spricht in erster Linie die Tatsache, daß die Pellagra als Volkskrankheit auf die Gegenden beschränkt ist, wo der Mais gebaut und tagtäglich als ausschließliches oder als Hauptnährmittel verzehrt wird. Einen weiteren Beweis für die Richtigkeit seiner Auffassung sieht Volpino in der äußerst großen Frequenz (92%), mit der man eine Überempfindlichkeitsreaktion der Pellagrakranken gegen den Maisextrakt beobachtet (Volpino, Cesa-Bianchi, Rondoni, Finato u. Novello) und in der Tatsache, daß diese Reaktion bei Pellagrösen, die die Maisdiät verlassen haben und sich auf dem Wege der Besserung befinden, allmählich verschwindet (Finato u. Novello). Injiziert man Pellagrakranken den rohen wässerigen Maisextrakt, so tritt nur infolge Einspritzung größerer Mengen eine Reaktion ein, und zwar auch dann noch unregelmäßig; wenn man hingegen den konzentrierten wässerigen Extrakt durch Alkohol präzipitiert und den mit Kochsalzlösung aufgenommenen Niederschlag (den Volpino mit dem Namen Pellagrogenin belegte) einspritzt, so genügen ganz geringe Dosen, um eine deutliche Reaktion hervorzurufen und diese tritt konstanter ein. Die Einspritzung von 1 ccm einer einprozentigen Pellagrogeninlösung ruft bei erst kürzlich ins Hospital eingetretenen Pellagrakranken eine intensive fieberhafte Reaktion hervor, die von zuweilen sehr heftigen nervösen Erscheinungen, von Erbrechen, Durchfall, Reakutisierung von Erythemen usw. begleitet ist. In einigen Fällen bewirkte die Pellagrogenineinspritzung das Auftreten von Erythemen bei Kranken, die solche nie gehabt hatten.

Die Reaktion gegen die Einspritzung von Pellagrogenin beobachtet man zwar in einem Teile der Fälle (20—30%) auch bei anscheinend Nichtpellagrösen, d. h. bei Individuen, die keine Pellagrasymptome aufweisen. Volpino bemerkt aber diesbezüglich, daß es sich in diesen Fällen um noch latente Pellagra, um Pellagrakandidaten, d. h. um Menschen handeln kann, die bereits seit langer Zeit Mais in beträchtlichen Mengen genossen haben, bei denen aber die Monophagie noch nicht einen genügenden Grad von Intensität erreicht hat, um mit deutlichen Symptomen auszubrechen. Für einen Teil der positiven Reaktionen bei Nichtpellagrösen könnte man meines Erachtens eine Erklärung in der Annahme finden, daß es sich um eine Form von Gruppenreaktion, d. h. um eine latente, durch vorwiegende Ernährung mit einer anderen Getreideart hervorgerufene Monophagie, also eine artverwandte Monophagie handle, ebenso wie man für einzelne Fälle eine der pharmakologischen Idiosynkrasie ähnliche individuelle Überempfindlichkeit annehmen kann. Diesen meinen Erörterungen schließt sich Volpino vollständig an.

Wie dem auch sei, Volpino schließt, indem er die Ätiologie der Pellagra in der soeben erwähnten Weise auffaßt, nicht aus, daß die aus-

Digitized by Google

schließliche oder vorwiegende Maisdiät, ebenso wie jede andere einseitige Kost, zum Teil deshalb schädlich sei, weil im einverleibten Eiweiß gewisse Atomkomplexe fehlen, die zum Stoffwechsel (oder zur Sättigung entsprechender, in den Zellen des Körpers präexistierender oder sich bildender Rezeptoren) notwendig sind. Er hat sogar schon 1912, vor dem Erscheinen der ersten Publikation von Funk über den Gegenstand, nachgewiesen, daß die Karyopse des Maises besondere schützende oder hemmende Substanzen, d. h. Substanzen enthält, die imstande sind, das Eintreten der Überempfindlichkeitsreaktion der Pellagrösen gegen die Einspritzung von Maisextrakt zu verhindern und die vielleicht den Funkschen Vitaminen entsprechen, und gab der Vermutung Ausdruck, daß die intensivere pellagrogene Wirkung des verdorbenen Maises im Vergleich zum gesunden vielleicht darauf zurückzuführen wäre, daß die sich im Maiskorn entwickelnden Schimmelpilze den Hilus, d. h. den Keim und die diesem am nächsten liegenden Endospermzonen, schädigen und somit die an diesem Orte wahrscheinlich reichlicher vorhandenen hemmenden Substanzen zerstören. Auch schließt Volpino nicht aus, daß bei der Pathogenese der Pellagra das Licht eine Rolle spielen kann; aus seinen Versuchen ergibt sich jedoch, daß bei ausschließlich mit Mais gefütterten Meerschweinchen zwar zuweilen Haarausfall erfolgt und das Licht einen gewissen Einfluß auf diese Erscheinung zu haben scheint, daß aber die Tiere auch im Dunkeln und zwar mehr oder minder in derselben Zeit zugrunde gehen.

Alessandrini und Scala betrachten die Pellagra als eine Kieselazidose. Alessandrini wurde durch seine epidemiologischen Untersuchungen zur Schlußfolgerung geführt, daß die Pellagra nicht in absoluter Abhängigkeit von der Maisdiät steht und daß sie eine geographisch streng lokalisierte Krankheit ist, und zwar beschränkt auf die Gegenden, in denen Wasser getrunken wird, das irgendwie mit Tonerde in steter Berührung ist. Zu dieser Schlußfolgerung wurde er angeblich durch den Umstand geleitet, daß es Pellagrakranke gibt, die nie Mais genossen haben; daß es in Italien und im Auslande weite Gegenden (Molise, Kampanien, Basilicata, Liguria, Brasilien usw.) gibt, in denen reichlich guter und schlechter Mais genossen wird, ohne daß Pellagrafälle zur Beobachtung kommen; daß in ein und derselben Gegend pellagrafreie und mit Pellagra behaftete Zonen vorkommen, obwohl in der ganzen Gegend dieselbe Ernährungs- und Lebensweise herrscht; daß die Pellagra aus den Gegenden verschwunden ist, in denen das frühere schlechte Trinkwasser durch gutes gesundes ersetzt wurde.

Zuerst glaubte er, die Pellagra wäre durch einen Parasiten aus der Familie der Filaridae verursacht; später kam er aber zu der Überzeugung,

Digitized by Google

daß die Ursache der Krankheit in dem unbelebten organischen oder anorganischen Inhalt des Trinkwassers zu suchen sei, und führte zusammen mit Scala eine Reihe von Untersuchungen in dieser Richtung aus, aus denen sich ergab:

1. Daß die Kieselsäure, in kolloidaler Lösung und im gelatinösen Zustande, per os, subkutan oder intraperitoneal eingeführt, bei Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden und Affen eine chronische Intoxikation hervorruft: und daß auf diese schädliche Wirkung der Kieselsäure ein großer Einfluß von den Elektrolyten ausgeübt wird, mit denen die Kieselsäure in Berührung kommt, bevor sie in den Kreislauf übergeht, wobei sich kolloidale Verbindungen oder solche mit Oberflächenadsorption bilden, die schädlicher oder weniger schädlich als die Kieselsäure, oder überhaupt nicht schädlich, wie im Falle des Kalziumkarbonats, sein können.

2. Daß die Tonerde, wenigstens bei Meerschweinchen und Kaninchen, eine ähnliche Wirkung wie die Kieselsäure ausübt und somit, wenn sie sich mit dieser zu einer kolloidalen Verbindung vereinigt oder einfach neben der Kieselsäure im Wasser als Suspension enthalten ist, die Wirkung der Kieselsäure verstärkt.

3. Daß die aufgeschwemmte Tonsubstanzen enthaltenden Gewässer der pellagrösen Gegend Gualdo Tadino, Meerschweinchen oder Kaninchen (per os zusammen mit Kleie) oder Affen als Getränk verabreicht, dieselbe Intoxikation wie die Kieselsäure verursacht haben.

4. Daß die Fütterung der mit Kieselsäure behandelten Tiere mit Maismehl und Gras keine Erschwerung der Intoxikation zur Folge gehabt hat, woraus zu schließen ist, daß der Mais keinen vergiftenden Gehalt an Kieselsäure hat und auf keinem sonstigen Wege eine Giftwirkung entfaltet.

5. Daß die Kieselsäure eine Retention von Salzen herbeiführt, die eine übermäßige Bindung von Salzen an die Gewebe und ein darauffolgendes, ebenfalls übermäßiges Freiwerden von Mineralsäuren bewirkt, welche letztere pathogen wirken. Bei der Intoxikation wirkt die Kieselsäure somit indirekt.

6. Daß die Effekte einer solchen Intoxikation durch intramuskuläre oder hypodermatische Einspritzungen von Natriumzitrat beseitigt werden können, das alkalisierend wirkt.

7. Daß das Krankheitsbild der experimentellen Kieselvergiftung resp. Kieselazidose mehr oder minder identisch mit demjenigen der menschlichen Pellagra ist.

Kurz, Alessandrini und Scala sind der Ansicht, daß die Pellagra eine Azidose, d. h. die Folge einer chronischen Intoxikation sei, deren Ursache die Kolloidallösung des Siliziumdioxyds in dem Trinkwasser ist,

Digitized by Google

von dem in den Pellagragegenden Gebrauch gemacht wird. Den chemischen Prozeß, durch den das Trinkwasser pellagrogen werden soll, erklären sie folgendermaßen:

„Der Ton ist die erste Ursache der Krankheit, da das Regenwasser sowohl in den oberflächlichen als in den tiefen Schichten durch die Reaktion mit demselben (Ton ist ein Aluminiumsilikat) eine Hydrolyse hervorruft, wodurch Kieselsäure und Aluminiumhydrat entsteht. Durch die Art, wie die Hydrolyse vor sich geht, können beide in Kolloidalgestalt ins Wasser übergehen. Es ist bekannt, daß zwischen Kolloidal-Siliziumdioxyd und Aluminiumoxyd ein Zusammenhang besteht, und daß sie sich gegenseitig niederschlagen, so daß im Wasser nur der Überschuß über die Menge Siliziumdioxyd bleibt, die notwendig ist, um das Aluminiumoxyd niederzuschlagen. Die kolloidale Verbindung Siliziumdioxyd-Aluminiumoxyd, die nicht mit Aluminiumsilikat zu verwechseln ist, bildet ein Depot und bleibt zum Teil suspendiert. Dies ist dann die Ursache der dauernden Trübung, die man so häufig bei von Pellagrakranken getrunkenem Wasser beobachtet."

Von dieser Auffassung der Ätiologie der Pellagra ausgehend, haben die genannten Autoren eine Anzahl von Pellagrakranken mit täglichen Einspritzungen von Trinatriumzitratlösung (5 und 10%) behandelt, ohne ihre Lebens- und Ernährungsweise abzuändern und behaupten, günstige Resultate erzielt zu haben.

Ich habe eine Reihe von Versuchen vorgenommen, um einige Beobachtungen der erwähnten Autoren nachzuprüfen und meine Aufmerksamkeit besonders auf die eventuelle Wirkung der photodynamischen Reaktion und des Vitaminmangels gewendet. Zu meinen Versuchen habe ich eine Anzahl von Meerschweinchen, von weißen Ratten und von schwarzen Ratten angewendet. Die Meerschweinchen und die weißen Ratten stammten aus einer Zucht, die schwarzen Ratten stammten aus dem Freien und waren vermittels Fallen gefangen worden; sie gewöhnten sich ohne Schwierigkeit an die Gefangenschaft, indem sie zwar immer sehr scheu blieben, aber sich regelmäßig nährten und keine Zeichen von einer Beschädigung ihrer Gesundheit durch die Gefangenschaft aufwiesen.

Vor dem Beginn des Experimentes habe ich alle Tiere während 30 bis 45 Tagen unter reichlicher gemischter Ernährung (ohne Mais) an einem dunkeln Orte gehalten, um einerseits eventulle, im Inkubationsstadium sich befindende Infektionskrankheiten zum Ausbruch kommen zu lassen und andererseits nur in gutem Ernährungszustande sich befindende Tiere zu meinen Versuchen zu benutzen.

Meine Versuche und Tiere kann man in folgende Reihen einteilen: Eine Reihe von Tieren wurde während mehrerer Wochen ausschließ-

Digitized by Google

lich und während mehrerer weiterer Wochen vorwiegend mit Mais gefüttert und fortwährend in einem Käfig an einem derartigen Orte gehalten, daß sie während des ganzen Tages dem vollen Tageslicht ausgesetzt waren und außerdem während mehrerer Stunden (am Vormittag durch ein nach Südosten und am Nachmittag durch ein nach Südwesten gewendetes weites Fenster) direkt von der Sonne beschienen wurden. Auf diese Weise konnte ich die Effekte der kombinierten Einwirkung der Maisdiät und des gewöhnlichen Lichtes konstatieren.

Der Mais gehörte immer zur besten, gesündesten Sorte, die ich auf dem Markte finden konnte. Er wurde zuerst unter der Form von Polenta den Tieren verfüttert; da ich aber beobachtete, daß die Meerschweinchen dieselbe nicht gern fraßen und daß ferner die Polenta leicht von einem Tage zum anderen verschimmelte, so daß meine Resultate durch die Wirkung der Schimmelpilze gestört werden konnten, habe ich nach wenigen Tagen den Tieren einfach Maiskörner verfüttert, die sowohl Meerschweinchen wie Ratten ohne Schwierigkeit fressen.

Dazu, die ausschließliche Maiskost durch vorwiegende Maiskost zu ersetzen, wurde ich durch die Betrachtung veranlaßt, daß bei der ausschließlichen Maisdiät neben dem Faktor: Mais auch der Faktor: einseitige Diät ins Feld tritt, der an und für sich — wie aus Volpinos Untersuchungen hervorgeht — eigene Folgen haben und somit als Fehlerquelle wirken kann, und daß sich die vorwiegende Maisdiät mehr derjenigen der Pellagrakranken und Pellagrakandidaten nähert, indem sich diese ja nicht ausschließlich, sondern nur vorwiegend mit Mais resp. Polenta ernähren.

Eine zweite Reihe von Tieren wurde während der ganzen Zeit mit gemischter Kost ohne Mais (Brot, Kartoffeln, Fleischreste, Käsekrusten, Obst usw. für die Ratten; Gras, Kohl, Brot, Blättersalat von verschiedener Art usw. für die Meerschweinchen) gefüttert und unter ganz genau denselben Belichtungsverhältnissen gehalten, wie die vorige Reihe. Auf diese Weise konnte ich die Wirkung des Lichtes an und für sich, unabhängig von dem alimentären Faktor, feststellen.

Eine dritte Reihe von Tieren wurde während mehrerer Wochen ausschließlich und während mehrerer weiterer Wochen vorwiegend mit Mais gefüttert und in einem Käfig gehalten, der sich in bezug auf Belichtung in derselben Stellung wie die beiden vorigen befand, aber von allen Seiten von rotem Glase umgeben und ferner auf rotes Papier gestellt war, so daß die Tiere nur durch rotes Licht beschienen werden konnten. Auf diese Weise wurden alle oder fast alle chemisch aktiven Strahlen des Spektrums ausgeschaltet und ich konnte die eventuelle Wirkung der Kombination: rotes Licht + Maiskost feststellen.

Digitized by Google

Eine vierte Reihe von Tieren bekam eine gemischte Kost (ohne Mais) und wurde in derselben Weise wie die Tiere der dritten Reihe nur rotem Licht ausgesetzt, so daß die eventuelle Wirkung dieses letzteren an und für sich, unabhängig von der Diät, zutage treten mußte.

Eine fünfte Reihe wurde im Dunkeln gehalten und mit dem vitaminlosen Teil des Maiskorns gefüttert. Dies geschah auf eine sehr einfache Weise. Wenn man nämlich sowohl Meerschweinchen wie Ratten das ganze Maiskorn in überreichlicher Menge vorlegt, so nagen die Tiere zuerst den Hilus und die direkte Umgebung desselben aus; den übrigen, das heißt den peripheren Teil des Korns, der nach Funk gerade die Vitamine enthalten soll, den fressen sie erst, wenn sie keine ganzen Körner mehr zur Verfügung haben.

Diese Tatsache spricht meines Erachtens gegen die Funksche Theorie, denn die Tiere folgen naturgemäß bei ihrer Ernährung, wenn sie freie Wahl haben, gewöhnlich ihrem Instinkte und lassen ihre Wahl auf dasjenige fallen, was ihnen am meisten bekömmlich und zuträglich und notwendig ist; und es wäre doch wenigstens sehr sonderbar, daß dieser alimentäre Instinkt gerade für die nach Funks Angaben so wertvollen Vitamine eine Ausnahme machte.

Ich brauchte also nur diesen Tieren das Maiskorn in derartig reichlicher Menge zur Verfügung zu stellen, daß sie sich satt fressen konnten, ohne auf den von ihnen bevorzugten zentralen Teil des Maiskorns zu verzichten. Die von den Tieren ausgehöhlten Körner wurden jeden Tag entfernt und zu einem weiteren Versuche benutzt.

Durch diese fünfte Reihe von Tieren konnte ich die eventuellen Wirkungen einer vitaminlosen Maisdiät feststellen.

Eine sechste Reihe von Tieren wurde in derselben Weise wie die erste behandelt (ausschließliche resp. vorwiegende Maisdiät; gewöhnliche Belichtung resp. Sonnenbestrahlung), mit dem Unterschiede, daß ihnen an Stelle des vollen Maises die durch die Tiere der fünften Reihe ausgehöhlten, also an Vitaminen reichen Körner verfüttert wurden.

Hierdurch beabsichtigte ich eine Steigerung des eventuellen photodynamischen Faktors, da das Maispigment zum größten Teile in den peripheren Schichten der Maiskörner enthalten ist, und die Ausschaltung der Fehlerquelle, die bei der ersten Reihe durch den Faktor: Vitaminenmagel entstehen konnte.

Eine siebente Reihe von Tieren wurde wie die sechste behandelt, aber in derselben Weise wie die dritte, ausschließlich unter rotem Lichte gehalten.

Die atmosphärischen und thermischen Verhältnisse waren für alle

Digitized by Google

Tiere die gleichen, indem alle Käfige in einem und demselben, gut ventilierten Zimmer gehalten wurden.

Wasser bekamen die Tiere in mehr als genügender Menge zur Verfügung.

Auch wurde für große Reinlichkeit gesorgt, um eventuelle infektiöse Faktoren auszuschließen, was leider, wie wir weiter unten sehen werden, nicht immer gelungen ist.

Die Tiere habe ich während des größten Teiles des Versuches unter steter Beobachtung gehalten, indem ich selbst jeden Tag für Fütterung, Erneuerung des Trinkwassers, Reinigung der Käfige sorgte. Ich konnte somit die eventuell eintretenden Veränderungen bei den Tieren rechtzeitig beobachten.

Eine Ausnahme hierzu bilden nur die Versuche der Gruppen En, Fn, Gn, Hn; die Tiere dieser Gruppen wurden während eines Teiles der Versuchsdauer wegen meiner Abwesenheit von einem Diener des Institutes verpflegt und unter Beobachtung gehalten.

Ich schreite nun ohne weiteres zur Darstellung meiner Protokolle.

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

November 1914, Bd. 21, H. 11.

Zur Sero- und Liquordiagnostik bei Syphilis, von H. Eicke-Berlin. Die Methodik, welche Verfasser anwendet, schließt sich an jene von Sachs in Frankfurt geübte ziemlich eng an. Er bevorzugt sehr kleine Quanten (0,25) bei einer zehnfachen Verdünnung des Serums. Bei der Ausführung der WR verwendet er mehrere Extrakte, weil mitunter gerade noch einer die Hemmung zeigt, während die anderen schon hämolysieren (Cholestearin-Rinderherz-, Lessers Organ- und alkoholischer Leber-Extrakt). Der Verfasser hält es für wichtig, die Kur nur unter negativer WR abzuschließen, was bei frischer Lues leichter als bei älterer gelingt.

Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit erstreckt sich auf die Bestimmung des Zellgehaltes in der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer oder im Zentrifugat, welches auf drei Deckgläsern verteilt und gefärbt wird, ferner auf diejenige des Eiweißgehaltes. Hierbei wurde verwendet: die Globulinreaktion von Nonne-Apelt, die Pandysche Reaktion zur Feststellung von Heilungen, die quantitative Probe von Nissl-Essbach und Brandberg-Stollnikoff. Schließlich wurde Langes Goldreaktion, die WR des Liquor und das Vorhandensein hammelblutlösender Normalambozeptoren und Komplementes in demselben nach Weil und Kafka geprüft.

Beitrag zur Kasuistik der seltenen Ulcus molle-Lokalisationen. Primäre Lokalisationen des Ulcus molle in Urethra nebst Autoinokulationen am Zeigefinger der linken Hand, von P. A. Pawlow-Moskau. Der Fall betrifft einen 24jährigen Soldaten. Die Lokalisation des Urethralgeschwüres wurde mit einem Valentinschen Tubus Nr. 21 festgestellt. Etwa 1 cm hinter dem Orifizium fand sich an der oberen

Digitized by Google

Wand des Urethralkanales eine kleine seichte Ulzeration mit scharf beschnittenen Rändern und einem grauen Grunde. Ringsherum war die Schleimhaut stark hyperämisch und bei Berührung sehr empfindlich. Vörner-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Nachbehandlung nach chirurgischen Eingriffen, von M. Behrend-Stettin. (Berlin 1914, Julius Springer.) Aus dem kurzen Leitfaden interessiert Kapitel V.: „Nachbehandlung nach Operationen an den Harn- und Geschlechtsorganen." Nach Operationen an den Nieren ist die Anurie zu bekämpfen, die Diät zu regulieren und eine eventuelle Zystitis zu beseitigen, nach Nephrektomie auf die Nachblutung, auf Tamponade und gute Pflege der Wunde zu achten, nach Nephropexie 10—12 Tage lang den Gazestreifen unter dem Nierenpol zu lassen, nach Operationen am Ureter Gazestreifendränage und nach Implantation des Ureters in die Blase Verweilkatheter zu legen.

Die Nachbehandlung nach Operationen an der Harnblase, Prostata und Urethra masc. erfordern die Anwendung von Verweilkathetern und Spülungen. Nach Laparatomie wegen Blasenruptur ist eine gute Abdeckung der Bauchhöhle notwendig, nach Sectio alta bei Blasennaht Einlegen von Gazestreifen, bei offener Blase Dränage nach oben und unten mit Durchspülung, nach Operationen an der Harnröhre Verweilkatheter mindestens 12 Tage lang, darauf baldiges Bougieren.

Die Nachbehandlung nach Operationen an den männlichen Geschlechtsteilen betrifft zunächst die Phimose, dann den Penis. Durch Thierschsche Läppchen gedeckte Hautdefekte sind vor der Benetzung mit Urin zu schützen. Dasselbe gilt für den amputierten Penis. Bei Hydrozele kommt es auf die Verhinderung der Hämatombildung an, während bei Kastration ein enges Suspensorium genügt.

Die Nachbehandlung nach vaginalen Operationen berücksichtigt das Verhalten der Blase. Ein kurettierter Uterus erfordert Tamponade der Vagina, später Reizung der Uterusschleimhaut. Gleichzeitig wird Ergotin gegeben. Bei Kolporraphie und Dammplastik werden Diätvorschriften, Tamponade, Spülung der Vagina und Nahtentfernung am zehnten Tage empfohlen. Weiter wird die Nachbehandlung von vaginaler Uterusexstirpation, der inzidierten Hämatozele, der Alexander Adamschen Operation und der Laparatomien berücksichtigt. Vörner-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Beitrag zur Abortivbehandlung der Lues, von Zürn. (B. kl. W., 1913, Nr. 36.) Verfasser bringt das Material der Königl. Univ.-Hautklinik und -Poliklinik zu Berlin Nur solche Fälle wurden abortiv behandelt, bei denen folgende Bedingungen erfüllt waren: 1. Primäraffekt mit positivem Spirochätennachweis, 2. negative WR, 3. keine Sekundärerscheinungen. Durchgeführt wurden 53 Kuren, teils reine Salvarsanbehandlung, teils reine Hg-Kuren, teils kombinierte Kuren. Sicher mißlungen waren 19 Kuren, zu kurze Zeit beobachtet 30, ziemlich sicher gelungen 4 Kuren. Zur Beurteilung über das Gelingen einer Abortivkur haben wir im Gegensatz zu früher, wo man bei fehlenden Sekundärerscheinungen stets im Dunkeln tappte, in der Wassermannschen Reaktion

Digitized by Google

einen Maßstab, der als zuverlässig anzusehen ist, wenn sie mindestens alle 2—3 Monate einmal angestellt und wenigstens ein Jahr lang nach beendeter Kur negativ geblieben ist.

G. Heymann-Elbing.

Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis, von R. Frühwald-Leipzig. (W. kl. W., 1913, Nr. 39.) Ein 23jähriger Mediziner mit sicheren Sklerosen (Spirochäten positiv, Wassermann negativ) wurde mit Exzision der Primäraffekte und zwei intravenösen Salvarsaninfusionen 0,3 und 0,4 behandelt. Am Schluß der Behandlung war der Wassermann schwach positiv. Zehn Monate lang zeigten sich keinerlei syphilitische Erscheinungen, der Wassermann war auch nach einer provokatorischen Salvarsaninfusion negativ. In einem zweiten, ebenfalls Wassermann-negativen und mit Neosalvarsan behandelten Falle traten sehr bald lokale Rezidive auf, woraus hervorzugehen scheint, daß in den Sklerosen einige Spirochäten der Vernichtung entgangen sind. Verfasser schließt daraus, daß man, wenn irgend möglich, auf die Exzision des Schankers nicht verzichten soll.

W. Lehmann-Stettin.

Über Abortivbehandlung der Syphilis, von W. Lier-Wien. (D. m. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser exzidierte den Primäraffekt oder, wo das nicht möglich war, wurde die Sklerose mit dem Paquelin zerstört. Er injiziert zweimal wöchentlich 0,05 von 10% Hydrarg. salicyl., die meisten Patienten bekommen 20 Injektionen. Das Neosalvarsan gab er Männern in Dosen von 0,6, 0,75 und 0,9, Frauen in Dosen von 0,45 und 0,6; stets gingen zur Vermeidung einer stärkeren Reaktion der ersten, gewöhnlich schwächeren Salvarsaninjektion zwei Hydr. sal. Injektionen voraus. Was die zeitliche Verteilung der Salvarsaninjektionen anbetrifft, so erscheint es dem Verfasser theoretisch wie auch praktisch begründet, die ersten Salvarsaninjektionen in rascher Aufeinanderfolge, womöglich im Beginn der Behandlung, zu geben, um dann die anderen in der Mitte und am Ende der Kur zu verabreichen. Bei den mitgeteilten Krankengeschichten handelt es sich um 34 Patienten mit primärer Syphilis, davon sind 27 bisher klinisch und serologisch gesund geblieben, fünf Patienten sind schon $1^1/_2$ Jahre in Beobachtung, die anderen kürzere Zeit. Diesen 27 Fällen stehen sieben andere gegenüber, die Verfasser als erfolglos behandelt bezeichnet.

Haller-Dresden.

Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von Wilhelm Kerl-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 46.) Aus den an der Riehlschen Klinik gesammelten Erfahrungen ergibt sich, daß auch bei frühzeitiger Behandlung und noch negativer Seroreaktion ein Rezidiv nicht selten auftritt. Nur die Vernichtung der Spirochäten an der Infektionsstelle vermag Aussicht auf eine erfolgreiche Abortivkur zu bieten. „Selbst bei Propagierung des Virus im Organismus ist die Exzision oder die Zerstörung mit dem Paquelin vorzunehmen, da Krankheitserreger im Blute und noch junge Fixation von der Gefäßbahn aus auch auf demselben Wege noch leicht von antiluetischen, spirilloziden Substanzen therapeutisch beeinflußt werden können. Es dürften die dabei zur Bildung kommenden Antistoffe im weiteren Sinne sogar seine verstärkende Heilkomponente darstellen und günstig auf Gewebsspirochäten rückwirken." Deswegen sollen doch Abortivkuren versucht werden, aber stets mehrere intensive Behandlungen einander folgen; selbst dann muß sich die Beobachtung der Fälle noch über Jahre erstrecken. Wie einzelne der behandelten Fälle gezeigt haben, ist ein Freibleiben von Erscheinungen durch acht Monate hindurch noch nicht für die Annahme einer Dauerheilung verwertbar.

W. Lehmann-Stettin.

Kontraluesin (Richter) in der Abortivbehandlung der Syphilis, von E. Klausner-Prag. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Die von Richter angegebene Kombination von Salizyl, Sozojodol, Chinin, Sublimat, Arsen und Phosphor mit kolloidalem, molekularem Hg als Hauptbestandteil hat Verfasser bei einer ca. zweijährigen Beobachtungsdauer an 300 Patienten und unter Verabreichung von rund 2000 Injektionen therapeutisch sehr

Digitized by Google

wirksam und bei richtiger Anwendung frei von unangenehmen Nebenwirkungen befunden, so daß er sein früher schon geäußertes günstiges Urteil (M. m. W., 1913, Nr. 2) voll aufrecht erhält. Er berichtet jetzt noch über eine Serie von 20 Fällen, von denen unter alleiniger Verwendung von Kontraluesin 15 abortiv ausheilten und bisher klinisch sowohl wie serologisch rezidivfrei blieben. Noch besser dürften die Resultate bei einer Kombination von Kontraluesin mit Salvarsan ausfallen. Bei dieser Behandlung heilten sämtliche 15 Fälle einer Serie aus und blieben auch völlig rezidivfrei. Allerdings erstreckte sich die Beobachtungsdauer bei einigen der Patienten nur auf drei Monate, während die längste Beobachtungsdauer 15 Monate betrug. Philippi-Salzschlirf.

Die Abortivbehandlung der Syphilis, Therapia sterilisans magna, von Boleslaw Lapowski-New York. (New York m. J., 6. Juni 1914.) Dank des Nachweises der Spirochäten — und L. erklärt es für die Pflicht des Arztes, sobald wie möglich nach einer Infektion darnach zu forschen — kann die Diagnose der Syphilis nun sehr frühzeitig gestellt werden. Da wir auch ein Mittel, Salvarsan, zur Verfügung haben, das mit oder ohne Quecksilber den Keim direkt zerstört und da die Wassermannsche Reaktion festzustellen vermag, ob der Keim noch wirksam ist, seine Tätigkeit innerhalb des Organismus noch fortsetzt, da ferner Reinfektion bei energisch mit Salvarsan und Quecksilber behandelten Personen zweifellos vorgekommen ist, so dürfte diese Behandlung mit Recht als abortive angesehen werden. Sie besteht in 2—3 Dosen Salvarsan und 12—15 Einreibungen von Kalomel oder Oleum cinereum, die bei fortwährend negativer Wassermannscher Reaktion entsprechend milder zu handhaben ist, aber immerhin eine ständige Beaufsichtigung des Patienten (mittels Serumreaktion) auf 1—2 Jahre erheischt. Ob nach Umlauf dieser Zeit mit ständig negativer Reaktion eventuell die Eheerlaubnis schon zu erteilen ist, möchte Verfasser trotz seines unerschütterlichen Glaubens an die Abortivmethode nicht ohne weiteres zugeben. Stern-München.

Zur Abortivbehandlung der Syphilis, von A. Blumenfeld. (W. m. W., 1914, Nr. 27.) Die Indikation für die Abortivbehandlung bietet bei bestehendem Primäraffekt die noch negative Wassermann-Reaktion. Die Kur besteht in der Verschorfung des Primäraffektes, dann in einer anschließenden Salvarsaninjektion von 0,4—0,5 Dosis und schließlich in 10—14 ganzen eventuell halben Dosen von Merkinol (40% Hg) in fünf bis sechstägigen Intervallen. Während ohne Quecksilber nach einigen Monaten Rezidive erfolgten, blieben die nach obigem Modus behandelten Fälle in klinischer und serologischer Beziehung 2—3 Jahre lang vollkommen frei. Vörner-Leipzig.

Über Abortivbehandlung der Lues, von Johann Saphir-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 29.) Bericht über 46 Fälle, von welchen 35 einmal, 11 dagegen mehrmals behandelt worden waren. Bei diesen war in 30 Fällen ein guter, in 5 ein negativer Erfolg, bei jenen in 8 Fällen Heilung, in 3 Rezidivieren zu verzeichnen. Die Behandlung wurde mit Altsalvarsan (intramuskulär oder intravenös) in 3, mit Salvarsan und Hg in 1, mit Neosalvarsan (intravenös) in 1 und Neosalvarsan und Hg in 41 Fällen durchgeführt. Vörner-Leipzig.

Die Abortivbehandlung der Syphilis beim Militär, von J. Odstrčil-Prag. (Casopis lékařův českých, 1914, Nr. 31.) Bei der Abortivbehandlung der Syphilis mit Quecksilber allein, blieb mehr als 12 Monate frei von Symptomen nur 0,5—1%, bei der Behandlung mit Salvarsan dagegen von 129 Sklerosen 47 = 36,43%, die 12 bis 45 Monate in Beobachtung standen. Zur Abortivbehandlung empfiehlt der Verfasser das folgende Verfahren: Zuerst appliziert man eine oder mehrere Quecksilberinjektionen; dann injiziert man 1—2 mal 0,5—0,6 g Salvarsan oder Neosalvarsan in 2 ccm 0,6% NaCl-Lösung intraglutäal in 4—6 wöchigem Intervall oder 0,3—0,4 g 3—4 mal intravenös in einwöchigen Intervallen. G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Die Behandlung der Syphilis in den Frühstadien, von T. W. Gibbard und L. W. Harrison-London. (Brit. m. J., 22. November 1913.) Im Militärlazarett haben Verfasser seit mehr als vier Jahren es sich zur Regel gemacht, jedes zur Beobachtung gelangende Geschwür am Penis, selbst bei unspezifischem Aussehen, auf Spirochäten zu untersuchen und sofort nach Feststellung eines positiven Befundes mit der Salvarsan- und Hg-Behandlung zu beginnen. Sie haben vom Neosalvarsan abgesehen, weil sie glauben, daß dieses Präparat in den Tropen nicht haltbar genug sein dürfte. Bisher haben sie bei Verabreichung von 3800 Injektionen keinen Todesfall und auch niemals eigentlich besorgniserregende Störungen erlebt. Als Paradigma der Behandlung wird folgendes Verfahren aufgestellt: nach Beseitigung des Primärsyphilids durch Exzision oder durch Ausbrennen wird eine intravenöse Injektion von 0,6 Salvarsan verabreicht, worauf fünf wöchentliche Injektionen von Hg-Emulsion folgen; dann kommt wieder eine Salvarsaninjektion mit nachfolgenden fünf Hg-Injektionen und als Schluß eine dritte Salvarsaninjektion. Für schwächliche Individuen tritt eine Modifikation ein. Unter einem Beobachtungsmaterial von 152 Fällen, das nach diesen Grundsätzen aber durchweg mit kleineren Dosen behandelt worden war, zeigten binnen einem Jahre nach dem Aussetzen der Behandlung nur 3,9% klinische Erscheinungen eines Rezidivs und 19,4% eine positive Wassermannsche Reaktion. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis im Royal Naval Hospital zu Chatham, von G. B. Scott. (Brit. m. J., 22. November 1913.) Im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren hat Verfasser im Marinelazarett 1100 mit Salvarsan, resp. Neosalvarsan behandelte Fälle von Syphilis zu beobachten Gelegenheit gehabt. Zur Kontrolle der Resultate wurden 3000 Seroreaktionen ausgeführt. Es war ein Todesfall, der auf Intoxikation mit Neosalvarsan zurückgeführt werden konnte, zu beklagen. Ein seit 2 Jahren an Syphilis erkrankter Mann, der mit 28 Quecksilberinjektionen vorbehandelt worden war, erhielt eine Einspritzung von 0,6 Neosalvarsan und 8 Tage später nach durchaus befriedigendem Verlauf eine zweite Injektion von 0,75. Nach Ablauf von 46 Stunden trat bei Bettruhe eine epileptiforme Attacke ein, und der Tod erfolgte nach weiteren 36 Stunden nach anhaltender Bewußtlosigkeit. Ein zweiter ebenfalls tödlich endender Fall, der mit 2 Injektionen von je 0,6 Salvarsan behandelt worden war, ist nach S. durch komplizierte Diphtherie mit dadurch bedingter, allgemeiner Paralyse zu erklären. Im übrigen waren die Resultate hoch befriedigend. Von 1000 Fällen haben in einem Zeitraum von 6 Monaten bis zu 2 Jahren nach Sistierung der Behandlung nur 22 ein Rezidiv aufgewiesen, doch konnte allerdings eine längere Kontrolle nicht bei allen durchgeführt werden. Verfasser gibt, sobald Spirochäten nachweisbar sind, Salvarsan, wobei er die zweite Injektion dann folgen läßt, wenn die Marshsche Probe den Urin als arsenikfrei erkennen läßt; außerdem wird 3 Monate lang regelmäßig mit Hg weiterbehandelt. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis, von D. Kennard-London. (Brit. m. J., 20. Dez. 1913.) Verfasser gibt an, mehrere hundert Fälle von Syphilis mit je zwei intravenösen Injektionen von Salvarsan und 8—10 intramuskulären Injektionen von grauem Öl nach Vigier-scher Vorschrift erfolgreich behandelt zu haben. Er berichtet den Hauptmomenten nach über einen 30jährigen Patienten, der trotz deutlichen Sekundärerscheinungen nach dieser Methode vollständig auskuriert wurde und von neuem ein unzweifelhaftes Primärsyphilid akquirierte. Philippi-Salzschlirf.

Zur Frage der modernen Behandlung der frischen Syphilis, von Fritz Bodländer. (B. kl. W., 1914, Nr. 12.) Verfassers Kur, zu deren Nachprüfung er auffordert, besteht aus der eigentlichen Hauptkur, die weit über den Zeitpunkt des Negativwerdens der Wassermannschen Reaktion hinaus fortgeführt wird, und zwei bis drei kurzen Nachschüben. In der ersten Phase verwendet er eine Kombination von intravenösen Salvarsan-

Digitized by Google

injektionen und löslichen Hg-Salzen, wobei er das Embarin bevorzugt, in der zweiten Phase Salvarsan und Hg in Form der Depotbehandlung. Dieser Kur kommt eine tiefgehende Heilwirkung zu. Die nächsten zwei bis drei Jahre nach dieser Behandlung dienen der Beobachtung. G. Heymann-Elbing.

Zur Frühbehandlung der Syphilis, von Otto Sachs-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 46.) Je frühzeitiger und gründlicher die Behandlung einsetzt, um so aussichtsvoller sind die Erfolge. Die Behandlung besteht in der Exzision der Sklerose, Kombination von Quecksilber und Salvarsan und ist auch bei Frühbehandelten im Sinne einer chronischen intermittierenden, streng individualisierenden, unter steter Kontrolle durch die Wassermannsche Reaktion fortzusetzen. Die kombinierte Behandlung von Quecksilber und Salvarsan (16 Fälle) gibt im Vergleiche zur alleinigen Anwendung von Quecksilber (16 Fälle) oder Salvarsan (8 Fälle) die weitaus besten Resultate.

W. Lehmann-Stettin.

Fibrolysin als Unterstützungsmittel antiluetischer Behandlung, von Theodor Hausmann-Rostock. (M. Kl., 1913, Nr. 51.) Im Anschluß an die über dieses Thema von D. Berlin (M. Kl., 1913) veröffentlichte Arbeit hebt Hausmann hervor, daß er bereits im Oktober 1910 in einem Falle von Syphilis III (Hepatitis luet.; luetische Hyperplasie des Magens, gummöses retroperitoneales Infiltrat) Fibrolysin neben Salvarsan verabfolgt hätte, und daß er seitdem öfter bei Salvarsankuren Fibrolysin in Anwendung brächte, besonders bei Syphilis III und speziell bei Aortenlues. Seine Erfolge ermutigen zu weiteren Versuchen. Lasch-Breslau.

Erfahrungen über die Behandlungen der malignen Syphilis, von Gustav Morawetz-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 50.) In Anlehnung an die von Neisser und Haslund auf dem Londoner Kongresse 1896 gegebene Definition von Syphilis maligna betont der Verfasser folgendes: 1. Syphilis maligna dokumentiert sich durch innerhalb der ersten Jahre nach der Infektion auftretende pustulöse und ulzeröse Hauteruptionen unter häufiger Mitbeteiligung der Nasen- und Mundschleimhaut. Die Rezidive folgen sich trotz Behandlung in rascher Aufeinanderfolge. 2. Diese Haut- und Schleimhauterzeugungen machen klinisch den Eindruck sekundärer Produkte, welche infolge einer intensiven Entzündung mit reichlicher Exsudation den Charakter von Pusteln annehmen, die durch raschen Zerfall zur Entstehung von Ulzerationen führen. Der lebhafte Entzündungsvorgang ist unter anderem durch den entzündlichen hellroten Hof, der die malignen Effloreszenzen umgibt, gekennzeichnet. Die sekundäre Natur der bezeichneten Erscheinungsformen verrät sich übrigens auch durch das nicht so seltene Auftreten makulo-papulöser Rezidive im malignen Stadium, sowie durch das Nebeneinanderbestehen makulöser, aber besonders papulöser Effloreszenzen neben ulzerösen; gegen den gummösen, d. h. tertiären Charakter spricht das Fehlen der serpigininösen Ränder und der gruppierten Anordnung der Hautgeschwüre. 3. Dieses maligne sekundäre Stadium klingt nicht immer mit dem Ende des zweiten Jahres ab, sondern geht nicht zwar selten in ein frühzeitiges tertiäres Stadium mit ausgesprochenen gummösen Krankheitsprodukten über, die dieselben Merkmale der Malignität aufweisen, wie die des sekundären Stadiums: hartnäckiges Bestehen, trotz energischer Behandlung, unmittelbar aufeinanderfolgende Rezidive. Unter 49 Fällen von Syphilis maligna konnte der Verfasser neun Fälle beobachten, denen nach zweijährigem Sekundärstadium sofort gummöse Periostitiden, Arthritiden oder gummöse Ulzera der Zunge, der hinteren Rachenwand, der behaarten Kopfhaut und gummöse Infiltrate des Testikel sich anschlossen.

In einem Falle, bei dem bereits das erste Exanthem einen ulzerösen Charakter hatte, trat im zweiten Halbjahr post infectionem ein Gumma der großen Zehe mit Sequesterbildung auf, das infolge des unaufhaltsamen Fortschreitens des Prozesses die

Digitized by Google

Enukleation nötig machte; im zweiten Jahre hatte der Patient ein exulzeriertes Gumma der Zunge. Der Verfasser glaubt, daß man nicht von einer Syphilis tertiaria praecox (Neisser) oder galopans (Haslund) sprechen sollte, sondern die Anschauungen Fingers festhalten sollte, daß die maligne Syphilis einen eigentümlichen Verlauf des Sekundär- und Tertiärstadiums darstellt. Solange die Differenzierung nur auf klinischen Beobachtungen beruht, wird eine Einigung schwer zu erzielen sein; doch hofft der Verfasser viel in dieser Hinsicht von einer Kutireaktion. Von den 48 Fällen von Syphilis maligna des Verfassers waren zwei extragenital; sechs Fälle (darunter vier schwere) zeigten dauernd negativen WR. Zwei Fälle waren mit Tuberkulose kombiniert und die größte Mehrzahl hatte eine sehr schwächliche Körperkonstitution. Zur Frage der therapeutischen Beeinflußbarkeit der malignen Syphilis liefert Morawetz folgenden Beitrag: Von 48 Fällen fallen 24 in die Vor-Salvarsanära und wurden mit Hg, Jod und Arsen (Arsojadin) behandelt, vier nur mit Salvarsan, 20 mit Salvarsan und Hg. Er gibt vier sehr interessante Krankheitsgeschichten, deren Lektüre im Original sehr empfehlenswert ist, und die kurz folgenden Verlauf haben: Der erste dieser vier Fälle (der Fall mit der Enukleation der Zehe), der durch mehr als zwei Jahre infolge der Unbeeinflußbarkeit seiner schweren Erscheinung trostlos erschien, war durch Ehrlichs Mittel rasch und dauernd geheilt und die anfangs positive WR wurde unter der fortgesetzten Hg-Behandlung im zweiten Halbjahr negativ und blieb während aller folgenden Rezidive negativ. Die Fälle 2 und 3, welche allerdings durch Salvarsan weniger beeinflußbar waren als durch Hg, sprechen jedoch für die Umgestaltung des Organismus durch Salvarsan im Sinne einer gesteigerten Beeinflußbarkeit durch eine nachfolgende Hg-Kur.

Der Fall 4 ist bemerkenswert durch die in den ersten zwei Jahren ausschließliche Beschränkung der Rezidive auf das Periost, er hat seit über drei Jahren seinen malignen Charakter. Dazu kommt das frühzeitige Erkranken der Niere und Leber mit Unterernährung und Gewichtsabnahme — also ein Fall von Syphilis gravis —; er ist dauernd weder durch Hg noch durch Salvarsan beeinflußbar, noch gestattet das vorübergehende Umschlagen der positiven WR in die negative nach Salvarsan die Annahme eines gewissen Einflusses des Salvarsans. Das Resümee seiner therapeutischen Erfahrung faßt Morawetz in folgende vier Sätze zusammen: 1. Durch Hg sind die meisten Fälle beeinflußbar, nur sind in der Regel zur Erreichung eines Erfolges intensivere und länger dauernde Hg-Einverleibungen erforderlich als gewöhnlich. 2. Die Hg-Behandlung kann ohne vorausgehendes roborierendes Verfahren sofort energisch einsetzen, da gleichzeitig Darreichung von Jod in hohen Dosen (bis 200 g) eventuell in Kombination mit Arsen (Arsojadin) hat sich in den vorliegenden Fällen vielfach bestens bewährt. 3. Salvarsan pflegt nach 1—2 Injektionen in kürzester Zeit die malignen Erscheinungen zur Heilung zu bringen und den Ernährungszustand günstig zu beeinflussen. Das maligne Stadium scheint im allgemeinen durch Salvarsan eine beträchtliche Abkürzung zu erfahren. 4. Es gibt Fälle, die auf Salvarsan nicht reagieren; hier erweisen sich oftmals Quecksilberkuren, welche man der Salvarsanbehandlung nachfolgen läßt, von prompter Wirkung auch in solchen Fällen, welche sich vorher gegen Hg refraktär verhalten haben. Lasch-Breslau.

Die Therapie der Lues mit Lungentuberkulose im Hochgebirge, von H. Philippi-Davos-Dorf. (Korr.-Bl. Schweiz., 1913, Nr. 38.) Während Verfasser bei mit Lues gepaarter Tuberkulose schlechte Erfahrungen mit Quecksilber gemacht hat und auch nach intravenöser Zufuhr von größeren Salvarsandosen (0,3—0,5 g) reaktive Erscheinungen an den Lungen sah, gibt er jetzt bei Lues mit gleichzeitig bestehender schwerer fieberhafter Tuberkulose III. Grades, falls die Jodbehandlung versagt, intramuskuläre Injektionen von 0,1—0,3 g Salvarsan oder intravenöse Injektionen von 0,1—0,2 g Neosalvarsan ohne Schaden. Valentiner-Leipzig.

Digitized by Google

Die kombinierte Lokal- und Allgemeinbehandlung der Syphilis des Zentralnervensystems, von H. F. Swift und A. W. M. Ellis-New York. (M. m. W., 1913, Nr. 36 und 37.) Um eine intensivere therapeutische Beeinflussung des syphilitischen Prozesses am Zentralnervensystem zu erzielen, führen Verfasser schon seit zwei Jahren Injektionen in den Subarachnoidealraum aus mit Serum von Patienten, welche kurz zuvor eine Salvarsaninfusion erhalten haben. Es hatte sich nämlich aus vorherigen Beobachtungen ergeben, daß solches Serum eine eminente spirochätozide Wirkung ausübt. Das Verfahren ist kurz folgendes: Eine Stunde nach Beendigung der intravenösen Salvarsaninjektion werden 40 ccm Blut dem Patienten entnommen und direkt in Zentrifugengläsern aufgefangen und nach der Gerinnung zentrifugiert. Am folgenden Tage werden 12 ccm des Serums abpipettiert und mit 18 ccm Normalsalzlösung verdünnt. Dieses 40%ige Serum wird dann eine halbe Stunde lang auf 56° erwärmt. Dann wird lumbalpunktiert und soviel Liquor abgelassen, daß der Druck der Zerebrospinalflüssigkeit auf 30 mm reduziert ist. Dann wird die im Subarachnoidealraum liegende Nadel durch einen 40 cm langen Gummischlauch mit einer Luerschen Spritze von 30 ccm Kapazität verbunden. Nun gießt man das Serum in die Spritze (nachdem sich der Schlauch mit Zerebrospinalflüssigkeit angefüllt hat) und läßt dasselbe unter dem Einfluß der Schwere langsam einfließen; eventuell nimmt man für die letzten 5 ccm etwa den Stempel zu Hilfe. Die Resultate, welche mit solchem salvarsanierten Serum im Verein mit der Darreichung von intravenösen Gaben von Salvarsan resp. Neosalvarsan bei Tabes und anderen luetischen Affektionen zu erzielen sind, werden an zwölf ausführlich und 20 summarisch mitgeteilten Fällen geschildert; es ergibt sich daraus, daß die Methode eine sehr wirksame Unterstützung der sonstigen Behandlung darstellt.

Philippi-Salzschlirf.

Eine neue Methode der Behandlung der Syphilis des Nervensystems, von Gurari-Petersburg. (W. kl. W., 1914, Nr. 33.) Der Verfasser hat sich zunächst die Technik und die Beobachtungen von Swift und Ellis zunutze gemacht. Er verfährt in der Weise, daß er dem Patienten intravenös eine konzentrierte Lösung von Neosalvarsan (0,45—0,6) injiziert, nach einer Stunde entzieht er demselben 50 ccm Blut. Nach 24stündigem Stehen gewinnt er 15 ccm Serum, welches inaktiviert und mit dem gleichen Quantum steriler physiologischer Kochsalzlösung versetzt wird. Die Einführung der Flüssigkeit geschieht im Sitzen. Nach Einführung der Lumbalnadel werden 30 ccm Spinalflüssigkeit abgelassen und darauf das Serum mit der entsprechend großen Spritze, an welche ein Gummiröhrchen von 50 cm Länge zwischen ihr und der Lumbalnadel eingeschaltet wird, unter mäßigem Druck injiziert. Der Effekt dieser Therapie war eine teilweise oder vollkommene Reduzierung der WR und ein starkes Herabgehen der Leukozyten im Liquor. Unter fünf Fällen von Myelitis dorsalis wurde einer völlig geheilt, die übrigen mehr oder weniger gebessert. Vier Patienten mit Lues cerebri und Hemiplegien wurden auffallend günstig beeinflußt, ebenso ein solcher mit Tabes.

Vörner-Leipzig.

Moderne therapeutische Methoden bei Syphilis des Nervensystems, von B. Sachs, J. Strauss und D. J. Kaliski-New York. (Am. J. m. sc., November 1914.) Aus einem größeren Material haben Verfasser 120 Fälle ausgewählt, um sie als Grundlage für diese Publikation zu verwenden. Es sind in dieser Zahl einbegriffen 55 Tabesfälle, 20 Fälle von progressiver Paralyse, 41 Kranke mit zerebraler und zerebrospinaler Syphilis, 3 Neuritiden des Optikus und 2 Fälle von spezifischer Spondylitis. Was die Erfolge betrifft, so erklären Verfasser, daß sie von der intravenösen Injektion von Salvarsan reichlich so gute Erfolge gesehen haben wie von der Injektion des Mittels oder des Salvarsanserums in den Subduralraum. Sie fanden eine wichtige Bestätigung dieser

Digitized by Google

klinischen Beobachtung in den Ergebnissen einer von Benedict auf ihre Veranlassung ausgeführten Analyse, indem 24 Stunden nach der intravenösen Injektion von 0,4 Salvarsan die Zerebrospinalflüssigkeit bei vier Fällen erkennbare Mengen von freiem Arsenik enthielt. Die intraspinale Verabreichung von Medikamenten ist nach ihren Erfahrungen keineswegs ganz frei von unerwünschten Zwischenfällen. Die Resultate bei den Tabesfällen waren entschieden ermutigend, und auch bei der zerebrospinalen Lues wurden durch die kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Salizylquecksilber bessere Erfolge erzielt als mit anderen Behandlungsmethoden. Die Wirkung bei Optikusatrophie war, der Schwere der Erkrankung entsprechend, nur gelegentlich eine ausgesprochen günstige, und bei der progressiven Paralyse müssen die Erfolge als zum mindesten nicht definitiv bezeichnet werden. Philippi-Salzschlirf.

Die antisyphilitische Behandlung bei Tabes, von A. F. Plicque. (Bull. méd., 1913, Nr. 67.) Der Erfolg einer spezifischen Therapie bei Tabes hängt vor allem mit dem Alter der Krankheit zusammen; bei frischen Fällen wird der Effekt stets besser sein. Bei diesen soll man mit energischen Jod- und Quecksilberdosen vorgehen bei älteren Fällen ist auf die Ausdauer in der Behandlung mehr Gewicht zu legen. Salvarsan scheint rascher und sicherer zu wirken als Quecksilber, doch ist seine Anwendung komplizierter und es scheint öfter das Leiden zu verschlimmern. Durch eine spezifische Kur kann man den progressiven Verlauf der Tabes aufhalten und das Leiden wenigstens bedeutend bessern. R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der parenchymatösen Syphilis mittels intrakranieller Eingriffe, von H. Campbell-London. (Lanc., 30. Mai 1914.) Die Ursache der geringen therapeutischen Erfolge bei Dementia paralytica, Tabes und Taboparalyse, bei denen die Spirochäten direkt die Nervenzellen auf dem Wege der perineuronen Lymphräume befallen, liegt, wie C. darlegt, daran, daß der Plexus choroideus für die meisten therapeutischen Mittel vollständig undurchlässig ist. Hierfür hat F. L. Golla verschiedentliche experimentelle Beweise beigebracht. Ferner hat dieser Verfasser durch Injektion von kolloidaler Kohle nachgewiesen, daß eine gewisse Strömung im Liquor cerebrospinalis aus der Schädelhöhle nach dem Wirbelsäulenkanal stattfindet, aber nur in sehr geringem Grade in umgekehrter Richtung. C. hat deshalb seinen Kollegen Ballance veranlaßt den Versuch zu machen, medikamentöse Lösungen direkt in den Seitenventrikel in die Gehirnflüssigkeit einzuführen, worüber dieser auch selbst berichtet hat. Es handelte sich um zwei Fälle von Dementia paralytica und einen Fall von tabischer Optikusatrophie. Beim letzteren schritt allerdings die Erblindung trotz der versuchten Behandlung unaufhaltsam weiter; von den beiden anderen Kranken zeigte wenigstens einer einen deutlichen Nachlaß seiner Symptome nach zweimaliger Einführung von 40 ccm Salvarsanserum in den Seitenventrikel. Verfasser hält die Methode für aussichtsreich, verkennt aber durchaus nicht die vielfachen damit verknüpften Gefahren. Philippi-Salzschlirf.

Verwendung der Ionisierungstherapie bei der Behandlung gewisser venerischer Erkrankungen, von R. Connell-Plymouth. (Brit. m. J., 17. Januar 1914.) Zur Behandlung des Primärsyphilids hat Verfasser die aus einer 2%igen Sublimatlösung durch den galvanischen Strom freigemachten Quecksilberionen außerordentlich wirksam gefunden. Nach gehöriger Reinigung und eventueller Kokainisierung werden mehrere mit Sublimatlösung getränkte Zinkstückchen in möglichst genauer Anpassung der Größe des Ulkus entsprechend auf dieses appliziert; die oberen Zinkschichten sollen den Rand desselben etwas überragen. Als Elektrode dienen passend zurechtgeschnittene Zinkstückchen, die mit dem positiven Pol verbunden werden. Im allgemeinen wird ein Strom von 2—4 MA ohne große Beschwerden vertragen und kann bei der ersten Sitzung fünf Minuten lang angewandt werden; die Sitzungen werden mit Unterbrechungen von

Digitized by Google

3—4 Tagen einige Male wiederholt. Es ist allerdings nicht anzunehmen, daß diese Methode eine Abortivbehandlung der Syphilis bedeutet, aber, wie Verfasser an zehn so behandelten Fällen zeigt, wird die Heilung der Primärgeschwüre sehr erheblich beschleunigt. Andererseits hat Verfasser die Anwendung der Jodionen nach derselben Methode sehr wirksam bei einem sehr refraktären und torpiden Gumma gefunden. Für weiche Schanker wurde die Zinkionisierung teils recht wirksam, bei anderen Fällen wiederum ziemlich erfolglos gefunden. Gute Resultate wurden aber auch bei ausgedehnten Bubonen erzielt. Man füllt die Höhlung mit Watte, die mit einer 2%igen Zinksulfatlösung getränkt ist, wobei die Zinkelektrode in der Weise dazwischen gepackt wird, daß sie nicht mit dem Patienten in Berührung kommen kann. Hierbei kann ein Strom von 20—30 MA eine Viertelstunde bis zu 20 Minuten in der Regel appliziert werden, doch vermindert man die Dosis beim Eintritt von stärkerer Absonderung aus der Wundhöhle. Philippi-Salzschlirf.

Über die Wirkung des Goldes bei der experimentellen Syphilis, von M. Truffi-Savona. (Pathologica, 1913, Nr. 112.) Versuche mit Goldchlorid bei Kaninchen. Die Goldsalze besitzen eine sichere, jedoch nicht radikale präventive und therapeutische Wirkung gegen experimentelle Lues, welche sich einerseits durch eine bedeutende Verlängerung der Inkubationsdauer und andererseits durch ein ziemlich rasches Verschwinden der Spirochäten aus dem Syphilom und durch eine rasche Resorption dieses letzteren äußert. Die Intensität dieser Wirkung ist jedoch nicht mit derjenigen des Arsenobenzols, sondern höchstens mit derjenigen der schwächeren Arsenpräparate oder der Quecksilberpräparate vergleichbar. Die zur Erzielung wirklicher Resultate notwendige Dosis ist gefährlich. Die von Bruck und Glück erzielten Resultate sind hauptsächlich auf das Gold und nur in ganz geringem Maße auf die übrigen Komponenten des von diesen Verfassern angewendeten Salzes zurückzuführen. K. Rühl-Turin.

Beitrag zur Behandlung der Lues mittels Aurumkalium cyanatum, von J. Grünberg-St. Petersburg. (M. m. W., 1913, Nr. 31.) Das Aurumkalium cyanatum hat Verfasser bei vier Fällen angewandt und fühlt sich zu einem weiteren Gebrauch desselben jedenfalls berechtigt. Es kamen bei der Behandlung dieser vier Patienten, abgesehen von leichten Darmstörungen, keinerlei Nachteile vor. Es handelte sich hierbei zweimal um sekundäre Syphilis, einmal um einen Primäraffekt und einmal um Erscheinungen des Spätstadiums. Die Dosis betrug zunächst 0,01 in 50 ccm Wasser als intravenöse Injektion und wurde, wenn es sich zeigte, daß dies gut vertragen wurde, auf 0,03—0,05 gesteigert. Diesen wenigen Beobachtungen kann aber kaum irgend welche Beweiskraft zugesprochen werden. Philippi-Salzschlirf.

Über Lipojodin, von A. Róth-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 31.) Verfasser wendete Lipojodin bei 18 Patienten an. Zwei an Lues latens leidende Patienten bekamen drei Wochen Lipojodintabletten, bei denen Jodismus nach 2—3 tägigem Gebrauch eines jeden Präparates in starkem Maße aufgetreten ist. 1. Nach mehrfachen Kuren (Hg, Salvarsan) hartnäckige Kopfschmerzen. Bei Jodkaliumverordnung, Jodismus. Lipojodin verträgt Patientin gut. Drei Tage später hört der Kopfschmerz auf. 2. Ein 26jähriger Advokat mit Ulcus cruris lueticum bekam täglich vier Tabletten. In zwei Wochen war das kleinere Ulkus mit einer Epithelschicht versehen, das größere war ganz rein und mit reinen Granulationen ausgefüllt. 3. Eine Patientin mit drei oberflächlichen Hautgummen bekam 14 Tage lang täglich vier Tabletten. Nach 14 tägigem Gebrauch waren alle gummösen Veränderungen geheilt. 4. Eine 64jährige Hausbesorgerin mit von bräunlichem Grind bedeckten Gumma. Sie nimmt Lipojodin abwechselnd vier und zwei. Nach fünf Wochen trat Heilung ein. Jodismus trat nicht auf. Verfasser erreichte mit sehr kleinen Dosen von Lipojodin eine energischere Wirkung,

Digitized by Google

als mit größeren Dosen anderer Jodpräparate. Der allerletzte Patient nahm in zwei Tagen sechs Tabletten mit einem Jodgehalte von 72 cg, das ist 36 cg pro Tag, dies entspricht 0,5 g KJ. Lipojodin emulgiert sich mit Fetten in allen Proportionen, löst sich im Darm, im Chylus und gelangt durch die Lymphgefäße in die Gewebe, wo die Fette aufgeberaucht und verbrannt werden. Lipojodin lagert sich in den Geweben, namentlich in dem kranken (Gehirn, Rückenmark, Fettgewebe, Drüsen usw) ab. Hier verbrennt das Lipojodinfett mit den anderen Fetten. Das reine Jod entfernt sich mit Hilfe der Absonderungsfaktoren, aber größtenteils durch die Nieren und ist als NaJ im Urin nachweisbar.

Porosz-Budapest.

Erfahrungen mit Jodostarin „Roche" bei der Behandlung der Syphilis, von Bäumer-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 28.) Jodostarin ist chemisch charakterisiert als das Dijodid der Taurinsäure. Es wird erst im alkalischen Darmsaft gelöst. Die Giftigkeit des Präparats ist gering. Es ist fast geschmacklos. Nach den Erfahrungen des Verfassers zeigt es eine gute, prompte Wirkung, die Dosis ist nach den einzelnen Fällen zu bestimmen. Es erzeugt keinen oder nur selten Jodismus und ist relativ billig.

Junghanns-Dresden.

Über die Wirkung der Fettsäurejodester bei der Syphilis, von Gerbay. (Gaz. des. hôp., 1914, Nr. 13.) Der Verfasser ging von dem Gedanken aus, ein Jodpräparat zu finden, das im Organismus für längere Zeit fixiert wird und zwar speziell an denjenigen Teilen, an welchen seine Wirkung erwünscht ist. Das Präparat sollte polytrop und speziell neurotrop sein. Nach Loeb und Velden entspricht diesen klinischen Desideraten am besten der ethyldijodobrassidische Ester ($C^{19}H^{39}Cl = Cl - CO^2C^2H^5$), der 41,06% Jod enthält. Der Körper wird gewöhnlich als Lipojodin bezeichnet. Es wird im Darme nicht zersetzt, langsam absorbiert und langsam ausgeschieden. Bei der Untersuchung des Jodgehalts der einzelnen Organe fand sich 12 Stunden nach der Einnahme der Präparate ein besonders starker Jodgehalt des Fettgewebes. Das Mittel ist also lipotrop. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß das Mittel bei Syphilis von sehr guter Wirkung ist. A. Gunsett-Straßburg.

Antiluetin, ein neues Mittel der Kombinationstherapie und seine therapeutische Wirkung, von M. Tsuzuki, K. Ichibagase, H. Hagashi und Htano-Himeyi (Japan). (D. m. W., 1913, Nr. 21.) Antiluetin (Bitartrato-Kalium-Ammonium-Antimonoxyd) soll nach der Verfasser Angaben eine ausgezeichnete parasitrope und nur wenig organotrope Wirkung haben; sodann folgt eine längere theoretische Abhandlung über die Ursache der spirilloziden Wirkung dieses Mittels, was nach ihren Angaben auf der besonderen chemischen Anordnung des Präparates beruhen soll. Nach folgendem Rezept: Antiluetin 2,5, Cocain. hydrochl. 2,5, Aq. destillat. 100,0 M. D. S. 1—2 ccm subkut. zu injizieren, wurden zahlreiche Versuche mit diesem Mittel am Menschen angestellt. Dieselben sollen von gutem Erfolge gewesen sein. Man kann das Präparat auch noch kombiniert mit den anderen bekannten antisyphilitischen Mitteln geben, was dann seine Wirkung noch steigern soll. Man gibt das Mittel subkutan, am besten in die Gegend zwischen die Schulterblätter in steigenden Mengen von 0,025—0,05, sogar bis 0,1 pro die. Die Dosis therapeutica sterilisans magna beim Menschen ist 0,75 Antiluetin. Fischer-Dresden.

Versuch der Tabes- und Paralysebehandlung mit Injektionen von Syphilitikerserum, von Bériel-Lyon. (Soc. méd. des hôp., 16. u. 23. Januar 1914.) Bériel injizierte bei vier Patienten, zwei Tabikern und zwei Paralytikern, sei es auf lumbalem, sei es auf zerebralem Wege eine gewisse Menge von Serum, das von Sekundärsyphilitikern stammte. Letztere hatten alle eine intravenöse Salvarsaninjektion erhalten und 24 Stunden nach dieser Injektion wurde ihr Serum gewonnen, auf 56° erhitzt und den Tabikern und

Digitized by Google

Paralytikern injiziert. Keine dieser Einspritzungen machte meningeale Reizungen. Außerdem wurde in einem Fall eine Verminderung der Leukozytose im Lumbalpunktat konstatiert. A. Gunsett-Straßburg.

Der jetzige Stand der Quecksilbertherapie, von Max Joseph-Berlin. (Ther. d. Gegenw., Oktober 1913.) Joseph gibt eine genaue Schilderung seiner Syphilistherapie. Bei der ersten Kur neben Salvarsan eine steigende Schmierkur. Bei der zweiten Kur Salizylquecksilberinjektion, dann graues Öl und 40% Kalomel an.

Chrzelitzer-Posen.

Befürwortung intensiverer Quecksilberbehandlung bei Syphilis, von M. Zigler-New York. (New York m. J., 25. Oktober 1913.) Nachdem die allgemeine Ansicht nun wohl dahin geht, daß mehrere Salvarsaninjektionen und daneben auch Quecksilber nötig sind, möchte Z. darauf hinweisen, auf Salvarsan nicht zu großes Vertrauen zu legen und dem letzteren wieder seinen gebührenden Platz als Spezifikum von lange erprobter Wirkung einzuräumen. Der Grund, warum so viele Luetiker unter Quecksilberbehandlung keine Besserung zeigen, liegt für Z. in den zu geringen Dosen, ungeeigneter Anwendung oder in beiden zusammen, und er tritt warm für die Injektionen ein, die sich ihm besonders in Form des salizylsauren Quecksilbers, sowohl in primären wie Spätfällen, deren er einige auffallend rasch zur Heilung gekommen und geheilt gebliebene genauer anführt, bewährt haben. Stern-München.

Die Gefahren der Quecksilberkuren und ihre Verhütung nebst einem Falle von merkurieller Scheidengangrän, von W. Wolffenstein. (B. kl. W., 1913, Nr. 41.) Bei einer während der Quecksilberkur auftretenden Intoxikation steht meist im Vordergrund der Erscheinungen die Erkrankung des Magendarmkanals. Sehr häufig sind ferner bekanntlich Entzündungen der Mundschleimhaut, begleitet von ulzerösen Prozessen in der Mundhöhle und an den Tonsillen. Des weiteren sind die Nieren Schädigungen durch das Quecksilber ausgesetzt, und auch die Haut erkrankt nicht selten an erythematösen und ekzematösen Prozessen. Eine außerordentlich seltene Komplikation ist die merkurielle Scheidengangrän, wovon Verfasser einen Fall beobachtet hat: Bei einer sekundärsyphilitischen 22jährigen Arbeiterin entstand nach einer keineswegs abnorm starken Hg-Kur zunächst eine Stomatitis, dann nach zwei Wochen eine Gangrän der Scheide. Die ganze Wandung stieß sich im Verlauf mehrerer Wochen unter Fieber in Form von jauchigen stinkenden Massen ab, und allmählich erfolgte Heilung mit starker Schrumpfung des Vaginalrohres. Wenn auch zum Glück die große Mehrzahl der Hg-Intoxikationen günstig verläuft, so muß man andererseits feststellen, daß auch Hg-Vergiftungen mit tödlichem Ausgang leider nicht zu den Seltenheiten gehören. Bedenkt man, daß sicherlich eine große Anzahl solcher Fälle aus mancherlei Gründen nie veröffentlicht wird, so mögen die 108 Todesfälle nach Quecksilbermedikation, die Verfasser in der Literatur seit dem Jahre 1883 zusammenstellen konnte, noch weit hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Man kann wohl sagen, daß es kaum ein Quecksilberpräparat und keine Applikationsart des Quecksilbers gibt, die nicht schon in einer Anzahl von Fällen zu schweren und zum Teil tödlichen Intoxikationen geführt hätte. Sogar bei der so milden Welander-schen Säckchenkur ist ein Todesfall vorgekommen und von Wolfsohn veröffentlicht worden. Die Zusammenstellung der in der Literatur mitgeteilten Todesfälle läßt erkennen, daß das Quecksilber ein Mittel ist, das unabhängig von der Zuführungsart und dem verwendeten Präparat unter besonderen Umständen zu einem gefahrbringenden Gift werden kann. G. Heymann-Elbing.

Erhöhung der Verträglichkeit und der Wirksamkeit der Quecksilberbehandlung bei Syphilis, von Bouveyron. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 50.) Verfasser hat Patienten, die wegen Syphilis einer Quecksilberkur unterzogen wurden, gleichzeitig

Digitized by Google

kolloidalen Schwefel in Form von Thionhydrol verabreicht; er gab 1 Eßlöffel = 0,2 Schwefel zwischen zwei Mahlzeiten. Mußte wegen merkurieller Stomatitis die Quecksilberbehandlung ausgesetzt werden, so heilte erstere je nach der Intensität mehr oder weniger rasch ab; bei schweren Stomatitiden war die Einnahme des Medikaments mit verschieden lang anhaltendem Brennen und Speichelfluß verbunden. Wurde die Behandlung mit Quecksilbermengen fortgesetzt, die schon Erscheinungen der Hydrargyrie auslösten, so wurden diese durch den Schwefel beseitigt, wenn nicht zu große Dosen gegeben wurden oder besondere Verhältnisse der Mundhöhle vorlagen. Bei anderen Patienten wurde trotz großer Quecksilbergaben die Stomatitis verhindert. Dabei hindert der kolloidale Schwefel die Wirksamkeit des Quecksilbers nicht im geringsten, sondern unterstützt sie, da er den oft schlechten Allgemeinzustand der Patienten hebt. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Quecksilberresorption bei der Schmierkur, von H. Boruttau-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 29.) Auf Grund von Versuchen an Tieren (Kaninchen) und Menschen, angestellt über die Quecksilberresorption bei der Schmierkur, kommt Verfasser zu dem Resultat, daß die Salbengrundlage des einzureibenden Medikamentes auch ihren Einfluß auf die Resorption hat: die absoluten und Durchschnittswerte der Quecksilberresorption sind beim Hg-Vasogen höher als bei der gleichen Dosis Unguentum cinereum. Das Mehr ist auf stärkere Hg-Resorption von der Haut her zu beziehen, es läßt sich infolgedessen die letztere durch Wahl geeigneter Salbengrundlage beeinflussen und günstiger stellen gegenüber der Hg-Aufnahme durch Einatmung. Franz-Dresden.

Eine sonderbare therapeutische Wirkungslosigkeit des Quecksilbers, von R. Castorina-Catania. (Gazz. degli osped. e delle clin., 1913, Nr. 89.) Verfasser beschreibt einen Fall von Lues, in dem sich verschiedene Quecksilberpräparate wirkungslos erwiesen, während Salvarsan ausgezeichnet wirkte. Da sich während der Hg-Behandlung das Krankheitsbild verschlimmerte, nimmt Verfasser eine schädliche Wirkung des Hg an. (Die vom Verfasser zugunsten dieser Annahme angeführten Beweisgründe sind nicht sehr überzeugend; es scheint sich viel eher um eine Infektion mit einem sehr virulenten quecksilberfesten Spirochätenstamm gehandelt zu haben. K. Rühl-Turin.

Quecksilberbehandlung der Spirillosen (Hühnerspirillose und Kaninchensyphilis), von L. Launoy und C. Levaditi. (Compt. rend. soc. Biol., Bd. 74, S. 18.) Verfasser haben die Diazethylderivate des Dioxydiphenylmerkur einer Untersuchung unterzogen; die tödliche Dosis liegt bei 0,04—0,05 pro kg Körpergewicht. Das Mittel gestattet große Mengen von Quecksilber in den Körper einzuführen. Bei syphilitischen Kaninchen fanden die Verfasser einen deutlichen, rapiden therapeutischen Effekt.

R. Frühwald-Leipzig.

Weitere Mitteilung über den Verlauf der mit Quecksilber frühbehandelten Syphilisfälle, von G. Scherber. (W. kl. W., 1913, Nr. 50.) Genaue Beobachtung einer Anzahl von Fällen der Fingerschen Klinik, die frühzeitig und sehr ausgiebig mit Quecksilber behandelt wurden, hat gezeigt, daß in einem Teile der Fälle es gelingt, die klinischen Erscheinungen völlig zu unterdrücken und den Blutbefund dauernd negativ zu erhalten, in dem größeren Teile der so behandelten Fälle das Auftreten von Lueserscheinungen zu vermindern und den Verlauf der Erkrankung zu mildern. Im großen und ganzen waltete der Eindruck vor, daß, wenn das erste Jahr bei intensiver Behandlung und hygienisch gutem Verhalten symptomfrei vorübergegangen, es im allgemeinen gelingt, entsprechend individuell weiter behandelte und beobachtete Patienten auch weiterhin klinisch und serologisch frei zu erhalten. W. Lehmann-Stettin.

Heilung eines Syphilitischen durch Quecksilber, von J. Bayard Clark-New York. (M. Record, 28. März 1914.) Ein 27jähriger kräftiger Mann, der wegen syphilitischer Roseola einer intensiven Schmierkur unterzogen wurde, zeigte sechs Jahre

Digitized by Google

später keinerlei klinische Zeichen, noch positiven Wassermann, trotzdem in der Zwischenzeit keinerlei Kur wieder vorgenommen worden war. Die Blutuntersuchung wurde ein halbes Jahr später und nach einem weiteren Jahre wiederholt und war ebenfalls negativ. Verfasser schließt hierauf, daß eine Therapia sterilisans magna nicht nur durch Arsen, sondern auch durch Quecksilber erreicht werden kann. W. Lehmann-Stettin.

Übermaximale Injektion von benzoesaurem Quecksilber bei der Behandlung der Syphilis, von Ehlers. (XIII. Int. m. Kongr., 1913.) Verfasser ging von der Ansicht aus, daß die ausgezeichneten Erfolge mit Salvarsan weniger von der Eigenart des Mittels, als von den heroischen Arsendosen, die mit ihm injiziert wurden, abhängig seien. Deshalb legte er sich die Frage vor, ob nicht mit starken Quecksilberinjektionen derselbe Ictus therapeuticus erzielt werden könnte. Zu diesem Zwecke bediente er sich einer 2%igen Lösung von benzoesaurem Quecksilber; er injizierte in steigenden Dosen und kam schließlich bis 0,25. Der Effekt auf Primäraffekte, ulzeröse Läsionen und Roseolen war hervorragend; in 1—2 Tagen trat Heilung ein. Papulöse Effloreszenzen waren etwas resistenter. Bei Primäraffekten mit negativem Wassermann, konnten die Sekundärerscheinungen hintangehalten und jener negativ erhalten werden. An üblen Nebenwirkungen wurde Stomatitis, Dermatitis und Kolitis beobachtet; von letzterer endete eine tödlich. Verfasser rät der Einreibungskur eine supermaximale Quecksilberinjektion vorauszusenden; diese soll 0,0025 pro kg Körpergewicht, d. i. 0,2 für Männer und 0,15 für Frauen, betragen. R. Frühwald-Leipzig.

Die intravenöse Behandlung mit Quecksilber bei Syphilis, von Jerome Kingsbury und Paul E. Bechet-New York. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 68, Nr. 7.) Die Verfasser haben intravenöse Hg-Injektionen vielfach bei Fällen von Hautsyphilis angewendet. Die besten Resultate wurden mit Sublimat erreicht, pro Dosis 0,01—0,02 in destilliertem Wasser gelöst, im Durchschnitt 6 Injektionen pro Fall. Aber auch das Benzoat wurde angewendet, wenn auch mit etwas geringerer Wirkung. Die Vorteile dieser Methode sind: unmittelbare Einführung des Heilmittels in den Blutkreislauf, schnelle therapeutische Wirkung, genaue Dosierung und Schmerzlosigkeit. Gelegentlich kommen Phlebitis und Periphlebitis vor, doch meist nur nach zu stark konzentrierten Sublimatlösungen. Vorübergehende Folgen sind zuweilen Ptyalismus und Durchfall. Lang andauernde schwere Eruptionen, unter anderem auch eine 10jährige Psoriasis palmaris, verschwanden oft schon nach 2—3 Injektionen. F. John-Leipzig.

Therapeutische Erfahrungen mit einigen neueren, löslichen Quecksilberpräparaten, von M. Glouk-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 34.) Hydrargyrum benzoicum, Asquirol, Asurol und Enesol werden ungünstig begutachtet; ihre Wirkung ist gering, so daß sie höchstens in Kombination mit Salvarsan und als Ersatz anderer Hg-Salze bei Idiosynkrasie gegen diese in Frage kommen. Bessere Resultate erzielte der Verfasser mit Embarin; zwar entfaltet auch dieses keine überraschende Wirksamkeit, aber es läßt nicht vollkommen im Stich. Der Verfasser injizierte es in Dosen von 1—3 ccm in die Glutaei alle zwei Tage. Nie sah er stärkere Reaktionserscheinungen, niemals einen Abszeß. Er empfiehlt es speziell für leichte, schonende Kuren. G. Mühlstein-Prag.

Klinische Erfahrungen mit Embarin, von H. Sowade-Halle a. S. (D. m. W., 1913, N. 20.) Embarin ist ein lösliches Hg-Salz. Es ist eine genau 3% Quecksilber enthaltene Lösung des merkurisalizylsulfonsauren Natriums mit einem Zusatz von $^1/_2$% Akoin. Es ist ein gut und besonders schnell wirkendes Antisyphilitikum und kann kombiniert mit Salvarsan gegeben werden. Zuweilen aber sieht man doch sehr heftige Nebenwirkungen auftreten, wie hohes Fieber, Schüttelfrost, Schwindelanfälle, Erbrechen

Digitized by Google

oder gar Kollaps. Deshalb dürfte wohl bei dem Gebrauche von Embarin etwas Vorsicht am Platze sein. Fischer-Dresden.

Über die Behandlung der Syphilis mit Embarin, von Anton Gappisch-Leipzig. (M. Kl., 1913, Nr. 34.) Das Embarin, das gebrauchsfertig in Phiolen zu 1,2 g in den Handel kommt, ist eine 3% Hg enthaltene Lösung des merkurisalizylsulfonsauren Natriums mit einem Zusatze von $^1/_2$% Akoin als Anästhetikum. Gappisch hat an 20 Fällen der Klinik Rille mit den verschiedensten Symptomen und in den verschiedenen Stadien der Lues Versuche mit Embarin angestellt und spricht sich zufrieden darüber aus. Die Injektionen sind fast schmerzlos, werden gut vertragen, zeigen keine Infiltratbildung. Stomatitis kam selten vor; ebenso wurden Diarrhöen, vorübergehende Albuminurie, Temperatursteigerungen, Schwäche mit Gelenkschmerzen nur selten und dann schnell vorübergehend beobachtet. Zwei Fälle, in denen es zu bedrohlicher aussehenden Intoxikationserscheinungen (Fieber, Durchfälle, Ödem der Augenlider, skarlatiniformes Exanthem usw.) kam, sind wohl als Idiosynkrasien gegen das Embarin resp. gegen die Kombination von Embarin mit Akoin aufzufassen. Die Resultate der Embarinbehandlung waren fast stets gute, oft überraschend schnell eintretende; wo das Embarin versagte oder sehr langsam wirkte, spielte meist die mangelnde Sorgfalt der Patienten eine große Rolle; in einigen Fällen versagte auch dann das Salvarsan, so daß man es sicher mit ganz besonders schwer zu beeinflussenden Erkrankungen zu tun hatte. Vier beigefügte Krankengeschichten geben einen guten Überblick über den Verlauf der mit Embarin behandelten Fälle. Lasch-Breslau.

Über Erfahrung mit Embarin, von M. Salomonski-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 36.) Verfasser hält Embarin für ein gut wirkendes antisyphilitisches, lösliches Hg-Präparat; doch erwähnt er auch, daß mitunter sehr unangenehme Nebenwirkungen, wie hohes Fieber, Erbrechen, unregelmäßiger Puls, Kopfschmerzen heftigster Art, Schwindel bei der Anwendung desselben zu beobachten waren. „Daher Vorsicht am Platze bei Embarin." Fischer-Dresden.

Erfahrungen mit Embarin in der Privatpraxis, von v. Planner-Graz. (D. m. W., 1913, Nr. 40.) Embarin ist eine $6^2/_3$%ige merkurisalizylsulfonsaure Na-Lösung mit einem anästhesierenden Akoinzusatz; 1 ccm Embarin enthält 0,03 metallisches Hg, es übertrifft also alle anderen löslichen Injektionsmittel an Hg-Gehalt. Örtlich wurde es gut vertragen, es bildet keine Infiltrate. Bezüglich der Allgemeinwirkung führt es zuweilen zu ganz enormen Temperatursteigerungen mit Kopfschmerzen, Mattigkeit, Appetitslosigkeit verbunden. Verfasser hat das Mittel in 34 Fällen versucht, fünf Männer und drei Frauen vertrugen es absolut nicht, es ist dies ein Mißerfolg von 23,5%. Demgegenüber ist zu betonen, daß in zwei Fällen Embarin ganz gut vertragen wurde, während vorher kein anderes Mittel, insbesondere Asurol und Enesol, vertragen wurde. Da er stets die kombinierte Neosalvarsan-Embarinkur anwandte, so kann er keinen rechten Schluß auf die Einwirkung des Mittels auf die WR ziehen. Im ganzen findet er das Embarin als ein sehr wirksames Hg-Präparat, das auch bei zarten Individuen angewandt werden kann, da es örtlich gut vertragen wird, nur muß vorsichtig tastend vorgegangen werden. Junghanns-Dresden.

Erfahrungen mit Embarin Heyden, von E. Koblick-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Embarin ist eine 3% Hg enthaltende sterile Lösung von quecksilbersalizylsulfonsaurem Natrium mit Akoinzusatz. Die Glasampullen enthalten 1,2 ccm. Es gewährt alle Vorteile der löslichen Quecksilbersalze, steht aber hinsichtlich seiner Wirkung den unlöslichen Quecksilbersalzen, z. B. dem Hydr. salicyl., doch nach. Seine Vorteile sind: geringe Schmerzen, selten Infiltratbildung, gute Resorbierbarkeit; außerdem tritt sehr selten eine Stomatitis mercurialis auf. Haller-Dresden.

Digitized by Google

Syphilisbehandlung mit Embarin, von R. Polland. (Ther. d. Gegen., April 1914.) P. empfiehlt das Embarin, „weil es bei einer hinter anderen Präparaten nicht zurückstehenden Wirksamkeit eine tatsächlich schmerzlose Behandlung gestattet, die einerseits der Löslichkeit und guten Resorbierbarkeit des Präparats und andererseits dem Akoinzusatz zuzuschreiben ist". P. gibt wöchentlich 3 Injektionen (je eine Originalphiole von 1,2 g), im ganzen 12—15. Im auffallenden Gegensatz zu der in dieser Zeitschrift (1914, Nr. 12) von Fürth hervorgehobenen relativ hohen Unverträglichkeit des Embarins, den oft sehr bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens (Temperatursteigerungen bis zu 40°, heftige Kopfschmerzen, Erbrechen usw.), gibt P. an, daß er Intoxikationserscheinungen (außer Diarrhöe bei einzelnen Fällen) und Alteration des Allgemeinbefindens nicht wahrgenommen habe. E. Brinitzer-Altona.

Zur Syphilisbehandlung mit Embarin, von Wilhelm Balban. (W. m. W., 1914, Nr. 21.) Embarin ist eine $6^2/_3$%ige Lösung von merkurisalizylsulfonsaurem Natriums, dem $^1/_3$% Akoin zugesetzt ist. Der Vorteil einer derartigen Kur liegt besonders in ihrer Schmerzlosigkeit. Das Präparat wird meist gut vertragen, Störungen betreffen hauptsächlich das Nervensystem und den Darmtrakt. Die bedenklicheren sind von Temperatursteigerungen begleitet. Vörner-Leipzig.

Merlusan, ein neues inneres Antisyphilitikum, von A. Róth-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 48.) Bei den Forschungen Buchtalas und Matzenauers stellte es sich heraus, daß Quecksilber mit der Vereinigung mit Tyrosin (Paraoxyphenyl-a-Aminopropionsäure) kein Gift ist. Merlusan ist in schwachen Säuren unlöslich und so löst es sich auch nicht in Magensäure; in Alkohol und alkalischen Darmsäften löst es sich, aus welcher Lösung es mit Schwefelhydrogen keinen Niederschlag gibt. Es kommt in Tabletten in Verkehr und eine Tablette enthält 0,03 Merlusan, was 42% Quecksilber entspricht. Verfasser machte an 20 Fällen Versuche, als Tagesdose gab er Männern 4, Frauen 3 Merlusantabletten. Die Heilwirkung des Merlusans steht über den bisher benutzten Präparaten insofern, als es die auf der Haut und der Schleimhaut sich zeigenden Symptome viel rascher verschwinden läßt, ohne daß sich bei seiner Benutzung stärkere toxische Symptome zeigen würden. In einem Falle war Verfasser bemüßigt, wegen hochgradiger Diarrhöe zu anderer Behandlung überzugehen. In zwei Fällen war die zweitägige Diarrhöe nicht so hochgradig, daß eine besondere Behandlung notwendig geworden wäre. Schwache Stomatitis in fünf Fällen trat bei einfachen Arbeitern auf, bei denen auf die Pflege des Mundes weniger geachtet wird. Nach den Untersuchungen fand Verfasser in dem ersten Urin — nach 24 Stunden — nach Einnahme von 3 Merlusantabletten 0,5 mg Quecksilber. Vergleichende Untersuchungen (zehntägige) nahm Buchtala bei der Einreibungskur nach dem Gebrauche des Hydrargyrum salicylicum, des Mergals und des Merjodins vor und kam zu dem Resultat, daß die Quecksilberaufsaugung bei der inneren Anwendung des Merlusans größer als bei der Inunktionskur ist, ebenso groß, aber ständiger, wie bei der intramuskulären Injektion des Hg salicylicum, und viel größer, als bei der Benutzung von Mergal oder Merjodin. Die lokale Behandlung der luetischen Veränderungen verließ er absichtlich und erhielt doch in jedem Falle eine rasche Wirkung. Nur in zwei Fällen nahm er Rückfälle wahr. In den meisten Fällen veränderte sich der positive Wassermann nicht; aber daß intensivere Merlusanbehandlung den Wassermann zu verändern imstande ist, zeigt ein Fall. Dieses neue Heilmittel öffnet der inneren Behandlung der Lues einen größeren Spielraum als bisher. Als wirksames Antiluetikum wird es bei den Luetikern der Arbeiterklasse gern verordnet werden, die die Inunktion gern vernachlässigen und die die Injektionen der Arbeit und der Schmerzhaftigkeit wegen stören und die deshalb ihre Behandlung sehr oft vernachlässigen.
Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Die „Emi-Kur". Die Resultate der Syphilisbehandlung mit Hg-Inhalation, von C. Engelbreth. (Ugeskrift for Laeger, 1914, Nr. 24.) „Die reine Hg-Kur ist unser bestes Spezifikum gegen Syphilis, die uralte Schmierkur aber ist ganz veraltet und muß von dosierbaren Hg-Inhalationen abgelöst werden." Hiervon ausgehend hat Verfasser einen Inhalationsapparat konstruiert, den Emi-Apparat (Engelbreths Merkur-Inhalator), in welchem Luft von 60° Wärme einen Zylinder durchströmt, der mit präzipitiertem, reinem Hg inbibierte Holzwolle enthält. Durch Experimente hat Verfasser erwiesen, daß die Hg-Dose von der inhalierten Luftmenge und der benutzten Zeit abhängt; für jede Minute ca. 1,5 mg Hg. Als die Vorteile der Methode hebt er hervor: es bilden sich keine gefährlichen Hg-Niederlagen, man ist vollständig Herr der Resorption; es wird das reine Hg benutzt, das bei der Inhalation direkt in das arterielle Blut überführt wird (? Ref.). Die Inhalation dauert von 20—60 Minuten, und wird 25—30 mal einmal täglich gemacht. Für die Behandlung von Unruhigen oder Blödsinnigen (Paralysis) will Verfasser Inhalationszimmer, mit Hg-Dämpfen gefüllt, einrichten. Der Erfolg im ganzen wird vom Verfasser als der früheren Hg-Behandlung bei weitem überlegen angegeben. (Näheres über die Fälle liegt nicht vor, weder über WR und ihre Verhältnisse von, während und nach der Behandlung, noch über Rezidive usw. Der Ref.)

W. Holland-Kristiania.

Ein neues Quecksilberpräparat für die Syphilisbehandlung (Hydrargyrum sulfamin-dimethylphenylpyrazolon, Argulan), von Rodolfo Stanziale-Neapel. (Riforma m., 1913, Nr. 30.) Der Verfasser hat das von Kolle in die Luestherapie eingeführte Argulan in einer großen Reihe von Fällen durchprobiert. An Wirksamkeit fand er dieses Präparat kaum dem Kalomel nachstehend, auch sind Schmerzhaftigkeit und lokale Reaktion geringer als beim Kalomel. A. Gunsett-Straßburg.

Die Bedeutung des Mergals für die modere Syphilistherapie, von R. Peters. (W. kl. W., 1913, Nr. 47.) Verfasser empfiehlt Mergal angelegentlich für Zwischenkuren, um den Organismus dauernd unter Quecksilberwirkung zu halten. Es wird meist sehr gut vertragen und wirkt bei sekundärer und tertiärer Syphilis prompt und sicher. Nur bei Erkrankungen des Nervensystems zeigte sich kein Erfolg. Die Befürchtung der Angewöhnung der Spirochäten an das Mittel hat Verfasser nicht bestätigt gefunden.

R. Frühwald-Leipzig.

Über das interne Antiluetikum Mergal und seinen Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion, von G. Gavini-Bologna. (M. m. W., 1913.) Mergal ist ein gutes internes Antiluetikum von beständiger Wirksamkeit und wird bemerkenswert gut vertragen. Seine Einwirkung auf das syphilitische Virus ist eine prompte, wenn man die Art des Eingebens berücksichtigt, und sie wird bestätigt durch die klinische Erfahrung sowie durch den Einfluß, den sie auf die Wassermann-Reaktion ausübt.

Chrzelitzer-Posen.

Über die innerliche Darreichung von Quecksilber bei Syphilis mit besonderer Berücksichtigung des Merjodins und der Hg-Glidine, von August Horn. (Diss., Würzburg 1913.) Zusammenfassung: 1. Die Nebenerscheinungen sind bei der Hg-Glidine etwas stärker als beim Merjodin. Das erklärt sich ohne weiteres aus dem verschiedenen Hg-Gehalt und entspricht diesem so ziemlich. Daraus, daß diese Präparate bei wesentlich geringerem Hg-Gehalt (etwa 4—8 mal) als Mergal die gleichen Störungen hervorrufen, könnte man einmal auf eine wesentlich stärkere Wirkung bzw. eine weit bessere Ausnützung schließen. Denn die von Hoehne (Arch. f. Derm., 1907, Bd. 87) festgestellte Verträglichkeit sehr hoher Mergaldosen spricht unbedingt für eine sehr mangelhafte Ausnützung des Präparates. Verfassers Beobachtungen lassen sich allerdings mit denen Hoehnes nicht ohne weiteres vergleichen, da vielleicht die Stärke der Neben-

Digitized by Google

wirkungen bzw. ihr Auftreten bei geringerer Hg-Dosis (die aber auch für die innerliche Behandlung allein angegebenen entspricht) durch die gleichzeitige Einreibungskur mitbedingt sein könnte. Die beobachteten Nebenwirkungen waren im allgemeinen mäßige und nur vorübergehende. 2. Das Körpergewicht wurde in einem Drittel aller Fälle ungünstig beeinflußt und zwar vollkommen Hand in Hand gehend mit der Stärke der Nebenwirkungen. 3. Die Dauer der Behandlung wurde, soweit sich das nach einer geringen Zahl durchwegs nicht schwerer Fälle sagen läßt, durch die neben Einreibungskuren durchgeführte innerliche Behandlung nicht abgekürzt, die Intensität der Behandlung also nicht irgendwie wesentlich verstärkt. Das zeigte sich auch im Ausfall der Wassermannschen Reaktion am Schluß der Behandlung. Die Zahl der negativen Reaktionen wurde nicht erhöht. Die Erfahrungen des Verfassers mit Merjodin und Hg-Glidine sprechen nicht dafür, daß mit diesen Präparaten für die innerliche Syphilisbehandlung mehr erreicht wird wie mit den früher gebräuchlichen. In geringeren und dementsprechend weniger wirksamen Dosen gegeben, werden sie vom Magen-Darmkanal aus verhältnismäßig gut, vielleicht auch besser als die alten Präparate vertragen und eignen sich deshalb vielleicht zu Nachkuren oder Zwischenkuren ganz gut. Zur Behandlung von frischen Erkrankungen aber, wobei es darauf ankommt, das Syphilisgift schnell und energisch zu bekämpfen, sind sie wie Mergal sehr wenig geeignet, auch in Verbindung mit Salvarsan, weil sie in vielleicht wirksamer Dosis in sehr vielen Fällen ziemlich heftige Reizerscheinungen, besonders von seiten des Magen-Darmkanals hervorrufen. Die Beschwerden sind im allgemeinen dieselben wie bei den älteren, längst wieder verlassenen, internen Mitteln. Es sei allerdings nicht zu verkennen, daß diese Präparate mit jenen alten verglichen, weniger Störungen machen und so schon einen Fortschritt bedeuten; zur endgültig befriedigenden Lösung der Frage einer brauchbaren internen Syphilisbehandlung ist aber noch ein weiter Schritt. F. Loeb-München.

Gebrauch und Mißbrauch von Salvarsan und Quecksilber bei Syphilis, von E. C. Burrows-New York. (M. Record, 3. Januar 1914.) Salvarsan sollte nie bei Patienten gebraucht werden, die Zeichen von Kachexie oder schwerer Darmerkrankung darbieten, ebensowenig bei Anzeichen zerebrospinaler Erkrankung, bei gleichzeitiger Influenza usw. Die Behandlung sowohl mit Quecksilber als Salvarsan sollte nie eine zu milde sein, besonders nicht in sogenannten milden Fällen früher Syphilis. Der Wassermann sollte bis zu zwei Jahren nach Aussetzen der Behandlung geprüft werden; nach dieser Zeit betrachtet Verfasser gut behandelte Fälle, die negativ geblieben sind, als geheilt. W. Lehmann-Stettin.

Über eine Anzahl länger beobachteter Fälle von Lues, die mit Salvarsan und Hg behandelt wurden, von Hermann Mirgel. (Diss., Bonn 1912.) Schlußsätze: 1. In zwei Punkten zeigt sich die Überlegenheit des Salvarsans über das Hg. Einmal in der außerordentlichen Schnelligkeit seiner Heilwirkung, dann in der großartigen Wirkung besonders auf die schweren Formen von Lues, bei denen das Hg bisher versagte. 2. Gefährliche Nebenwirkungen kommen dem Mittel bei richtiger Technik nicht, oder doch nur sehr selten zu. 3. Temperatursteigerungen werden, seitdem das Wasser kurz vor der Injektion destilliert wird, gewöhnlich nur bei einem Teil der zum erstenmal gespritzten Syphilitiker und selten bei wiederholter Injektion beobachtet. 4. Als beste Kur hat sich die von Hoffmann zuerst empfohlene kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung herausgestellt, bei welcher 3—5 Salvarsaninjektionen bei 6—8tägiger Wiederholung gegeben werden und zugleich eine gründliche Hg-Behandlung (36—40 Einreibungen oder 12—15 Hg-Salizylspritzen) durchgeführt wird. 5. Hierbei schwinden nicht nur die schwersten Symptome am allerschnellsten, sondern auch die Wassermannsche Reaktion wird auf diese Weise am besten beeinflußt. Auch ist diese kombinierte

Digitized by Google

Kur für die Frühbehandlung die bei weitem aussichtsvollste und scheint in einer großen Zahl von Fällen die volle Ausheilung mit einem Schlage, soweit das bisher überhaupt beurteilt werden kann, herbeizuführen. 6. Nach dieser kombinierten Behandlung erscheinen Rezidive gewöhnlich erst nach sechs Monaten, jedenfalls viel später als nach kräftiger reiner Hg-Behandlung. 7. Neurorezidive treten nach dieser Therapie sehr selten auf und haben sich dann stets durch Wiederholung derselben Behandlung gut beseitigen lassen. F. Loeb-München.

Beitrag zur modernen Luesbehandlung. Zwei neue Arsen-Quecksilberpräparate, von A. Herzfeld-New York. (New York. m. Mschr., Januar 1914.) Präparat I besteht aus einer Aufschwemmung von 12 g salizyls. Quecksilber. 100 ccm einer 1% igen Lösung von arseniger Säure in kaustischer Soda, welcher Mischung 15% reines Glyzerin zugesetzt ist. Die zweite Arsen-Quecksilberlösung ist eine Lösung von Hydrargyrum cyanatum c. p. in oben beschriebener 1% iger Arsen-Sodalösung, in der Proportion 1 : 60. Beide Präparate sollen reizlos sein und nach 15 Injektionen Wassermann negativ machen. Neben diesen Injektionen verabreicht Verfasser Chinin. hydrochlor. à 0,25—0,5, 2—3 mal täglich intern. Peyser-Harburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jod-Sterolin, von Richard Frank. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 30.) Sterolin hat folgende Zusammensetzung: Balsam. Peruvian. 4,0, Ol. Ricini, Terebinth. venet. (communis) āā 2,0, Glyzerin 1,0, Spirit. vini conc. 100,0. Mit dieser Mischung wird das Operationsfeld ohne besondere Vorbereitung mit sterilen Tupfern 1—2 Minuten abgerieben. Nun wartet man bis die Lösung an der Haut angetrocknet ist. Zweckmäßig wird diese Wartezeit durch ein analoges Abreiben der Hände und Unterarme des Operateurs ausgenutzt. Jetzt wäscht man mit frischen Sterolintupfern das Operationsfeld nochmals ab. Danach zum zweiten Male Abwaschen der Hände mit gewechselten Sterolintupfern. Sobald Hände und Operationsfeld vollkommen trocken sind, kann mit der Operation begonnen werden. Im Gegensatz zur Jodtinktur-Desinfektion verursacht Sterolin weder eine Verfärbung der Haut noch Ekzembildung oder lamellöse Desquamation. Sterolin ist nicht klebrig und greift die Hände auch bei täglichem Gebrauch nicht an. Die Erfolge waren fast stets einwandsfrei.
E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Victor Blum-Wien und Dr. Hugo Guth-Karlsbad wurden zu Oberärzten, Assistent Dr. Maximilian Schramek-Wien zum Landsturm-Regimentsarzte ernannt.

Prof. Karl Zieler-Würzburg ist als Stabsarzt bei einem Feldlazarett des VI. Reserve-Armeekorps tätig.

Stabs- und Regimentsarzt Dr. Rudolf Krösing-Stettin hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Dr. James Sullivan Howe, Professor der Dermatologie am Tufts College Medical School zu Boston und konsultierender Dermatologe am Boston City Hospital und Boston Dispensary ist in Brookline, Mass. am 22. November im Alter von 56 Jahren gestorben.

Prof. Alfred Tournier in Paris ist Ende Dezember, 82 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. Februar 1915 | Nr. 6 | Band 60

Aus der dermatologischen und venereologischen Klinik der Kgl. Universität Turin (Vorstand Prof. S. Giovannini).

In bezug auf Sitz, Anzahl und Volumen abnorme subkutane syphilitische Hautgummata.

Von

Dr. Artur Fontana, Dozent und Oberassistent.

(Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. med. K. Rühl, Turin.)

(Mit 4 Abbildungen.)

Wir hatten im vorigen Frühjahr Gelegenheit, in unserer Klinik einen sehr interessanten Fall von Lues tertiaria zu beobachten. Ich halte es für lohnend, über denselben hier zu berichten.

C. B., Fuhrmann, 55 Jahre alt, aus Casalborgone. Wird am 12. Mai 1914 in die Klinik aufgenommen.

Die Anamnese ergibt nichts Wichtiges, abgesehen von einer gonorrhoischen Infektion im Alter von 20 Jahren und von Geschwüren, von unbestimmter Natur, von denen Patient einmal im Alter von 30 und einmal in demjenigen von 40 Jahren heimgesucht wurde. Später wurde sein geschlechtlicher Verkehr ein immer seltenerer, bis er vor 7—8 Jahren vollständig darauf verzichtete. Er gibt an, nie gewußt zu haben, syphilitisch infiziert worden zu sein. Auch hat er nie am eignen Körper verdächtige Erscheinungen beobachtet.

Gegenwärtige Krankheit hatte angeblich im Oktober 1912 ihren Beginn; zu jener Zeit beobachtete Patient auf der Brust, in der Gegend des Processus xiphoideus, das Auftreten von einer harten, beweglichen, schmerzlosen Erhabenheit, die langsam größer wurde und im Laufe von zwei Monaten die Größe eines Hühnereies erreichte; die Haut über der Erhabenheit wurde rot und ulzerierte sich, und es floß eine ziemliche Menge von einer eitrigen Flüssigkeit heraus; es entstand auf diese Weise eine tiefe, mehr als eine fünffrankenmünzegroße Ulzeration, die nach ungefähr sechsmonatiger lokaler Behandlung mit Jodtinktur und Verabreichung von Jodkalium per os vernarbte.

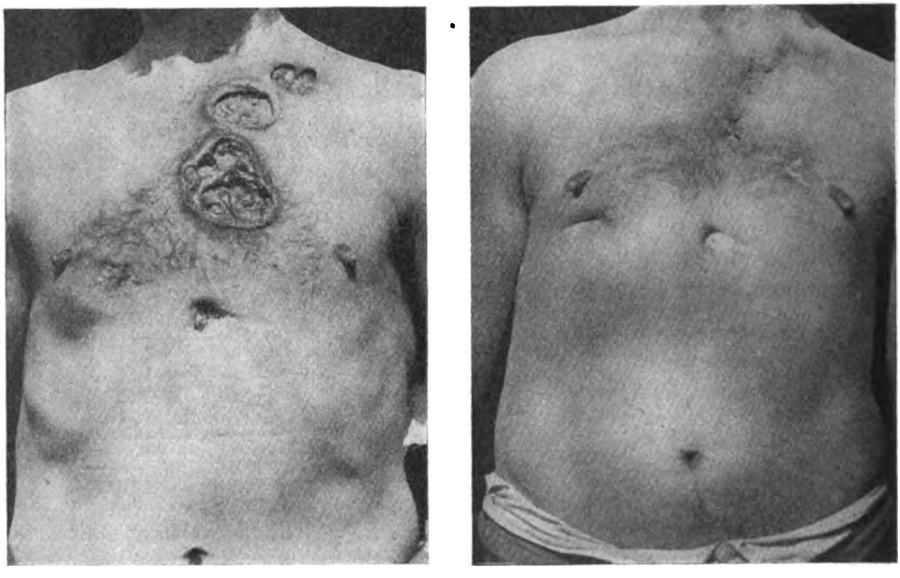
Während mehrerer Monate blieb Patient frei von Symptomen; im Juli 1913 entwickelten sich hier und da auf der Brust und dem Rücken zahlreiche Knoten, die zum Teil langsam an Volumen zunahmen und zum Teil sich ulzerierten. Patient wurde in diesem Stadium in unsere Klinik aufgenommen.

Status praesens: Kräftig aussehender Mann, regelmäßiger Skelettbau, ziemlich reichliches Unterhautfettpolster, gesunde Eingeweide, keine allgemeinen Störungen.

An der Brust und an dem Rücken beobachtet man zahlreiche Ulzerationen und Schwellungen; dagegen sind der Kopf, der Hals, die Vorderfläche des Abdomens und die oberen und unteren Gliedmaßen frei von Alterationen.

Digitized by Google

In der oberen Hälfte der Vorderseite der linken Brusthälfte, zwischen dem Akromioklavikulargelenk und einer wagerechten Linie, die der sternalen Insertion der vierten Rippe entspricht, beobachtet man drei weite Ulzerationen (Fig. 1). Die am höchsten liegende nierenförmige, ist wahrscheinlich durch das Zusammenfließen von zwei kleineren entstanden und hat fast die Größe eines Fünffrankenstückes; die mittlere, die mit ihrem oberen Rande das Schlüsselbeinbrustbeingelenk zum Teil bedeckt, hat eine ovale Form mit horizontalem Längsdurchmesser und ist etwas größer als ein Fünffrankenstück; die unterste handtellergroße hat ungefähr die Form eines Herzens, dessen Basis nach oben gewendet ist, während die nach unten links gerichtete Spitze mehr oder minder dem Treffpunkt der vierten Rippe mit der Parasternallinie entspricht. Alle drei Geschwüre sind stark ausgehöhlt und haben infiltrierte, gefranste, scharf geschnittene



Vor der Behandlung. Nach der Behandlung.

Fig. 1.

Ränder; ihr Grund ist uneben und buchtig und mit gelblichem Detritus von nekrotisiertem Gewebe bedeckt, zwischen welchem hier und da einzelne fleichige Knötchen sichtbar sind.

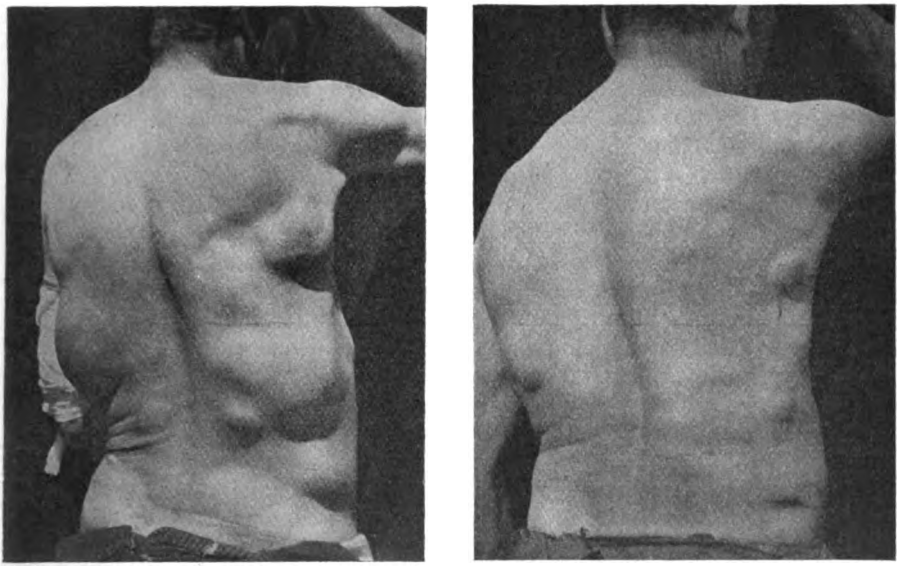
In der Gegend des Processus xiphoideus ist eine weite, mehr als talergroße Narbe mit eingesunkenem, mit dem unterliegenden Gewebe fest verwachsenem Zentrum und unebener, von Streifen von erhabener Haut durchzogener und durch Knötchen fibrösen Aussehens unterbrochener Fläche vorhanden.

An der rechten Thoraxhälfte beobachtet man in der Gegend des rechten Akromioklavikulargelenkes eine taubeneigroße, von rötlichvioletter Haut bedeckte Schwellung; eine zweite ähnliche, haselnußgroße Schwellung hat im vierten Interkostalraum ihren Sitz und eine dritte, wallnußgroße, stark erweichte und entzündete findet sich im sechsten Interkostalraum auf der L. mammillaris.

Auf dem Rücken (Fig. 2) beobachtet man nur Schwellungen; einige derselben haben ein enormes Volumen; an der rechten Seite sind deren fünf vorhanden, die am höchsten, d. h. ungefähr auf der Mitte des Schulterblattflügels auf der L. paravertebralis gelegene

Digitized by Google

hat die Größe eines Hühnereies und ist stark abgeplattet; eine zweite, etwas größere, sitzt an der unteren Kante des Schulterblattes; eine dritte, truthuhneigroße, hat unter der L. thoraco-abdominalis zwischen der L. axillaris post. und der L. paravertebralis ihren Sitz; alle drei sind beweglich, wenig schmerzhaft, von leicht geröteter Haut bedeckt und machen bei der Betastung den Eindruck einer falschen Fluktuation. Weitere zwei von stark geröteter Haut bedeckte Schwellungen haben weiter unten ihren Sitz; die eine, wallnußgroße, ist in der Höhe des letzten Lendenwirbels auf der Paravertebrallinie und die andere, hühnereigroße, in derselben Höhe etwas medialwärts der hinteren Axillarlinie lokalisiert. In der linken Hälfte des Rückens ist eine einzige, aber viel größere Läsion vorhanden; es handelt sich um eine rundliche, bewegliche, schmerzlose, stark emporragende Erhabenheit, die fast die ganze Infraskapulargegend einnimmt und oben die



Vor der Behandlung. Nach der Behandlung.

Fig. 2.

untere Schulterblattkante, medialwärts die L. paravertebralis, unten die L. thoraco-abdominalis und nach außen hin die L. axillaris post. erreicht und einen Durchmesser von etwa 16 cm hat; die darüberliegende Haut ist unversehrt; die Läsion ist auf Druck unempfindlich; bei der Palpation hat man das Gefühl einer Fluktuation, Patient klagt in bezug auf die gesamten Läsionen über geringe Beschwerden.

Wir haben mehrere der geschlossenen Herde einer Probepunktion unterzogen, um die Natur ihres Inhaltes festzustellen. Es wurde dabei jedesmal eine mäßige Menge einer gelblichen eitrigen Flüssigkeit gewonnen, die zahlreiche kleine Gewebsfetzen enthielt, so daß oft die Punkturnadel durch dieselben verstopft wurde.

Bei den beschriebenen Läsionen handelte es sich offenbar um Gummata, die in dem Unterhautzellgewebe ihren Sitz hatten; während aber die Ulzerationen an der Brust auf Grund ihrer Charaktere ohne weiteres als tertiärluetische Läsionen zu erkennen waren, legten die Gummen des

Digitized by Google

Rückens wegen ihrer Anzahl und wegen des außergewöhnlichen Volumens einiger von ihnen den Gedanken einer andersartigen Ätiologie nahe.

Gougerot empfiehlt, in allen Fällen, wo man es mit knotigen Affektionen zu tun hat, die früher den Gedanken nur auf Lues, Tuberkulose oder chronische Eiterungen gelenkt hätten, systematisch auch an die Möglichkeit einer Sporotrichosis zu denken.

Ich habe infolgedessen die nötigen Untersuchungen ausgeführt, um die Frage endgültig zu lösen.

Der durch die Probepunktionen gewonnene Eiter wurde in reichlicher Menge auf Agarbouillon, Glykoseagar, Maltoseagar, Fleischbouillon, Kartoffeln, Mohrrüben usw. gesät; die besäten Nährsubstrate wurden zum Teil im Thermostat und zum Teil bei Zimmertemperatur gehalten. Es wurde mehrmals dem Patienten Blut entnommen und mit dem Serum die Agglutinationsprobe mit Kulturen von Sporotrichum, die Wassermannsche Reaktion und die Hermann-Perutzsche Reaktion ausgeführt. Es wurden verschiedene Kuti- und Intradermoreaktionen mit dem Billonschen Sporotrichosin, mit Sporotrichin, Achorin und Gypsin Lombardo, mit Tuberkulin und mit dem Trossarelloschen (1) Treponemin ausgeführt.

Die Resultate waren folgende:

Die Kulturen blieben, mit Ausnahme einiger zufällig inquinierter, in denen sich gewöhnliche Schimmelpilze entwickelten, steril. Die Agglutinationsprobe mit Sporotrichum fiel zweimal hintereinander negativ aus. Die Wassermann-Reaktion (sowohl mit alkoholischem Meerschweinchenherzextrakt, wie mit Extrakt aus erbsyphilitischer Leber) fiel stets stark positiv aus, und zwar selbst bei Anwendung einer ganz kleinen Menge ($^1/_{750}$ ccm) des Krankenserums. Die Hermann-Perutzsche Reaktion fiel deutlich positiv aus. Von allen Kuti- und Intradermoreaktionen, die ich ausführte, fiel nur diejenige mit dem Treponemin positiv aus; am fünften Tage entwickelte sich eine papulöse Erhabenheit, umgeben von einem hyperämischen Vorhof, die allmählich an Volumen zunahm und sich in eine beginnende Pustel umwandelte; am elften Tage fing der Regressionsprozeß an und die Reaktion war erst nach mehr als 20 Tagen beendigt.

Auf Grund der miteinander völlig übereinstimmenden Ergebnisse der klinischen Untersuchungen und der biologischen Proben konnte ich somit alle sonstigen ätiologischen Annahmen ausschließen und alle bei dem Patienten beobachteten Läsionen einzig und allein auf eine syphilitische Infektion zurückführen.

Die Resultate der antiluetischen Behandlung bestätigten auch völlig diese Diagnose. Patient bekam zuerst 25 Einspritzungen von 0,01 Sublimat, eine pro Tag und ich beobachtete recht bald eine starke Neigung zur Vernarbung der Ulzerationen und eine bedeutende Verkleinerung der geschlossenen Gummen; es geschah jedoch, daß drei der kleineren geschlossenen Gummen, über denen die Haut stark gerötet war, sich ulzerierten; der dadurch entstehende Gewebsverlust vergrößerte sich jedoch nicht, sondern vernarbte nach kurzem.

Digitized by Google

Um die Heilung aller Läsionen zu beschleunigen, wurden vier itravenöse Einspritzungen von Neosalvarsan in kleinen Dosen (0,15—0,30—0,45) in Raume von 25 Tagen ausgeführt.

Als Patient die Klinik, zwei Monate nach seinem Eintritt in dieselbe, verließ, waren die gesamten ulzerierten Gummen vollständig vernarbt und die geschlossenen gänzlich resorbiert. Bemerkt sei diesbezüglich, daß wir, um die Resorption der voluminöseren zu beschleunigen, es für zweckmäßig gehalten haben, sie etwas zu inzidieren und den flüssigen Inhalt auszupressen. Wir haben während der ganzen Zeit kein Jodkalium verabreicht, um auch hierdurch einen jeden Verdacht auf Sporotrichose ausschließen zu können.

Der beschriebene Fall ist infolge des Sitzes und der Zahl der Gummen und besonders wegen des wirklich außergewöhnlichen Volumens derselben interessant.

Subkutane Gummen hat man fast in allen Gegenden des Körpers, jedoch mit verschiedener Frequenz, beobachtet; den häufigsten Sitz stellen die Unterextremitäten dar; dann kommen, ihrer Frequenz nach in absteigender Reihe angeordnet: die oberen Extremitäten, der Kopf, das Abdomen, der Thorax usw. In meinem Fall handelte es sich also um eine der seltensten Lokalisierungen, indem sieben Läsionen auf der Brust und sechs auf dem Rücken ihren Sitz hatten.

Bemerkenswert ist, wegen ihrer äußersten Seltenheit, diese letztere Lokalisierung: Fournier (2) beobachtete sie bei 173 Fällen nur ein einziges Mal.

Gewöhnlich findet man 1—2 Gummen, selten mehr als fünf, äußerst selten, fast ausnahmsweise, zehn oder zwölf. Es sind jedoch Fälle beschrieben worden, in denen der ganze Körper damit besät war und sie dieselbe Verbreitung und dieselbe Konfluenz aufwiesen, wie gewisse populöse Eruptionen. Gougerot (3) ist der Ansicht, daß eine Anzahl von Fällen von dieser Art, die als luetisch gedeutet wurden, in Wirklichkeit Sporotrichose darstellten; es gibt aber Fälle, über deren luetische Natur die Autorität der betreffenden Beobachter und die genauen Angaben, die geliefert wurden, keinen Zweifel zulassen.

Cazenave (4) z. B. beobachtete einen Fall, in dem bei einem Mann die Vorderarme und die Schultern von mehr als 50 gummösen Tumoren besät waren, von denen einige charakteristische Ulzerationen aufwiesen; Lisfranc (5) konnte 160 wallnuß- bis birnengroße Gummen auf den Vorderarmen und den Schenkeln eines Patienten zählen; Fournier (6) behandelte eine Frau, welche neben zahlreichen Hautgummen 29 subkutane gummöse Knoten aufwies, und einen Mann, der zu gleicher Zeit skrofulös, Alkoholiker und malariakrank war, und auf dessen Körper 60 Gummen zu zählen waren.

Digitized by Google

Von neueren Beobachtungen will ich nur diejenigen von Ullmann (7) und von de Beurmann und Delherm (8) erwähnen, die Patienten mit mehr als 20 gummösen Läsionen beobachteten.

Bei dem von mir beobachteten Patienten waren vorhanden: ein bereits vernarbtes Gumma, drei ulzerierte, neun noch geschlossene, also im ganzen 13, eine, wenn nicht exzeptionelle, doch wenigstens ansehnliche Zahl.

Das Volumen der Gummen schwankt gewöhnlich zwischen demjenigen einer Wallnuß und dem eines Hühnereies; selten erreichen sie die Größe einer Orange; man hat jedoch auch noch größere beobachtet und sie zuweilen irrtümlicherweise als bösartige Geschwülste diagnostiziert und eventuell als solche operiert. Mauriac (9) berichtet in seinem Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten über ein von Dr. Mendeville (Val de Grace) beobachtetes enorm großes Gumma, das sich von einem Auge bis zum Halse ausdehnte und diesen über eine Breite von 5 bis 6 cm okkupierte und sich in horizontaler Richtung von der Nase bis zum Hinterhaupt erstreckte, so daß die ganze obere Hälfte des Gesichts, ein Teil des Halses und die ganze untere Hälfte des Schädels von diesem riesenhaften gummösen Gebilde bedeckt waren. Fournier behandelte ein Gumma an einem Schenkel, das einen Durchmesser von 8—10 cm hatte; Meneault (10) sah bei einem 19jährigen Erbluetiker in der Ellenbeuge eine faustgroße Gumma; de Amicis (11) beschrieb eine gummöse Masse, die, 23 cm breit, sich auf dem Rücken von der Paravertebrallinie bis zur L. axillaris post., also über eine Länge von 21 cm erstreckte und aus zum Teil beweglichen und zum Teil adhärierenden Schwellungen gebildet und an einigen Stellen von geröteter Haut bedeckt, an anderen ulzeriert war.

Die größte der von mir in diesem Fall beschriebenen Gummen stellt also eine der voluminösesten dar, die je beobachtet worden sind.

Literatur.

1. Trossarello, M., L'intradermoreazione nella sifilide mediante l'estratto di sifiloma scrotale di coniglio (treponemina). Gazzetta degli ospedali e della cliniche, 1914, Nr. 44. — 2. Fournier, A., Traité de la Syphilis. Bd. 2, H. 1, Paris 1901. — 3. Gougerot, H., Le traitement de la syphilis en clientèle. Paris 1914. — 4. Vgl. Mauriac. — 5. Lisfranc, Bulletin de thérapeutique, 1845, Bd. 29, S. 558. — 6. Fournier, l. c. — 7. Ullmann, Cas rares de gommes cutanées ramollies multiples. Ann. de Derm. et de syph., 1896. S. 403. — 8. de Beurmann et Delherm, Syphilis gommeuse. Ann. de Derm. et de syph., 1899, S. 701. — 9. Mauriac, C., Leçons sur les maladies vénériennes. Paris 1883. — 10. Meneault, Osservazione raccolta alla clinica dell'ospedale di S. Luigi. Ann. de Derm. et de syph., 1887, S. 269. — 11. de Amicis, T., Storia clinica e considerazioni su di un caso di sifilide tardiva con enorme tumore gommoso di tutta la regione costale sinistra. Morgagni, April 1890.

Digitized by Google

Aus dem Institut für Hygiene der Kgl. Universität Turin
(Vorstand: Prof. Luigi Pagliani).

Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra.

Von

Dr. Karl Rühl.

(Fortsetzung.)

Meerschweinchen.

Gruppe A.

Fünf Meerschweinchen. Ausschließliche (und später vorwiegende) Maiskost. — Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. — Der Versuch beginnt am 7. April 1914.

Am 10. April fand ich ein Tier tot. Aus der Sektion ergab sich eine Peritonitis (ex aborto).

Am 14. April fand ich ein zweites Tier sterbend, mit folgenden Symptomen: Parese der hinteren Gliedmaßen, Muskelzuckungen, Hypothermie, geringer Haarausfall, keine sonstigen Läsionen der Haut. Ich legte dem Tier frische Kohlblätter vor, das Tier verweigerte sie aber. Am nächsten Tage fand ich es tot. Nekroskopischer Befund: diffuse Pneumonie, Dünndarmentzündung, Vergrößerung und teilweise Hyperämie der Nebennieren.

Bei diesen beiden Tieren konnte also, wie aus der Nekroskopie und aus der kurzen Dauer des Versuches hervorgeht, von einer photodynamischen Wirkung nicht die Rede sein.

Am 21. April wurden die gestorbenen Tiere durch zwei neue ersetzt.

Am 4. Mai fand ich ein drittes Tier (von den ersteingeführten fünf) schwer krank, mit folgenden Syptomen: Parese der hinteren Extremitäten, das Tier liegt meistens ganz ruhig auf einer Seite und kann nur mit äußerst großer Mühe aufstehen, es verweigert jede Nahrung, die Extremitäten sind an den Enden gerötet, auf dem ganzen Rücken fehlen die Haare, behaart sind noch der Kopf, der Bauch und die Gliedmaßen; die haarlose Zone sieht nicht aus, als ob die Haare ausgefallen, sondern als wenn sie abgeschnitten worden wären, und die Grenze zwischen behaarter und haarloser Haut ist eine so scharfe, daß man den Eindruck bekommt, als wäre das Tier geschoren worden; in der haarlosen Zone ist die Haut ganz schwach gerötet; es ist hier zu bemerken, daß ich bei diesem Tier bereits an den vorigen 3—4 Tagen einige ähnliche, scharf abgegrenzte Alopeziazonen beobachtet hatte. Das Tier wurde am nächsten Tag tot gefunden. Nekroskopischer Befund: eine Lunge normal, die andere stark gerötet, Milz normal, Nieren normal, Nebennieren etwas gerötet und geschwollen, der Magen ist fast leer und enthält nur ganz wenige Flüssigkeit und einzelne Maisreste, ziemlich starke Dünndarmentzündung, Extremitäten am Ende gerötet, Ohren nicht gerötet.

Hier könnte man vielleicht auf den Gedanken kommen, daß es sich um eine photodynamische Wirkung gehandelt habe, ich glaube aber, daß diese Annahme auszuschließen ist, und zwar aus folgenden Gründen: Die Parese der Hinterextremitäten glich vollständig derjenigen des zweitgestorbenen Tieres, und kann also nicht als charakteristisch für ein besonderes Krankheitsbild betrachtet werden (wie übrigens auch aus der Häufigkeit hervorgeht, mit der man dieses Symptom in der tierischen Pathologie antrifft);

Digitized by Google

eine Rötung der Extremitäten habe ich nach mehr oder minder langer Zeit bei fast allen meinen Meerschweinchen gefunden und ich glaube sie darauf zurückführen zu können, daß die Tiere nicht daran gewöhnt sind, auf dem durchlöcherten Boden eines Käfigs (Drahtgeflecht) zu stehen und zu gehen und infolgedessen sehr oft — wie ich selbst beobachten konnte — mit den Pfoten in die Löcher geraten und sich daran scheuern oder daran stoßen, so daß diese wiederholten Traumen mit der Zeit eine Reizung und somit Rötung der Haut an den betreffenden Stellen hervorrufen; der Haarausfall kann meines Erachtens auch keine besondere Bedeutung haben, die Haare waren nicht ausgefallen, sondern an der Basis abgetrennt, man sah die kurzen Stummel ganz deutlich aus der Haut emporragen, es würde sich also nicht um eine richtige Alopezie, sondern um Trichorrhexis gehandelt haben, ich glaube aber auch nicht, den Haarverlust als eine spontane Erscheinung betrachten zu müssen, sondern neige zur Annahme, daß der Ursprung des Haarverlustes zum Teil in einer Erscheinung zu suchen sei, auf die ich von Herrn Volpino aufmerksam gemacht wurde und die ich dann selbst mehrmals zu beobachten Gelegenheit hatte, nämlich daß sich die Meerschweinchen gegenseitig die Haare abnagen und daß sie dies mit besonderer Vorliebe bei Individuen tun, die erkrankt und abgeschwächt sind. Ein zweite Ursache des Haarverlustes kann darin bestehen, daß sich die Tiere die Haare an den Wänden des Käfigs abscheuern.

Vom 5. Mai an wurde den Tieren neben den Mais eine ganz kleine Menge frischen Gemüses (Salat oder Kohlblätter) verfüttert.

Am 12. Mai fand ich ein viertes Tier tot. Aus dem nekroskopischen Befund ergab sich eine ziemlich starke Dünndarmentzündung, die Nebennieren waren etwas gerötet und geschwollen, die Extremitäten waren etwas gerötet, sonst war die Haut unverändert.

Am 15. Juli waren noch drei Tiere am Leben, ihre Lebhaftigkeit war im Vergleich zu den Kontrollen etwas herabgesetzt; abgesehen von einer Rötung der Extremitäten (die an einigen Stellen direkt wund waren) war an der Haut nichts Abnormes zu beobachten. Ohren normal.

Gruppe B.

Fünf Meerschweinchen. Gemischte Diät (ohne Mais). Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt am 7. April 1914.

Am 2. Mai fand ich ein Tier tot. Aus der Autopsie ergab sich eine akute Enteritis; die Haare waren an einigen Stellen ausgefallen, und andere an der Basis abgebrochen. Extremitäten etwas gerötet.

Am 7. Mai fand ich ein zweites Tier tot. Nekroskopische Diagnose: Peritonitis ex aborto. Haare etwas ausgefallen und abgebrochen, Extremitäten etwas gerötet.

Am 10. Mai wurden die gestorbenen Tiere durch zwei neue ersetzt.

Am 12. Mai fand ich ein drittes Tier (von den zuerst eingeführten fünf) schwer krank. Das sehr vorgeschritten trächtige Tier fraß nicht mehr, bewegte sich fast nicht mehr vom Platze, zitterte ab und zu. Nach 48 Stunden fand ich es tot. Bei der Autopsie fand ich in dem Uterus zwei vollentwickelte tote Föti. Haare fast normal. Extremitäten etwas gerötet.

Am 15. Juli waren noch vier Tiere am Leben und sehr munter. Ohren normal. Haar hier und da etwas fehlend, Extremitäten gerötet und hier und da etwas wund.

Gruppe C.

Fünf Meerschweinchen. Ausschließliche (und später vorwiegende) Maisdiät. Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 7. April.

Digitized by Google

Am 9. April fand ich ein Tier tot. Aus der Sektion ergab sich außer der völligen Leere des Magens und eines großen Teiles des Dünndarmes nichts Bemerkenswertes. Haare und Haut normal. Am nächsten liegt die Annahme, daß das Tier den Mais nicht fressen wollte und dem Hungerstod erlegen sei (von Herrn Doz. Sanarelli ausgeführte bakteriologische Untersuchungen ergaben ein negatives Resultat).

Am 14. April fand ich ein zweites Tier tot. Nekroskopischer Befund: Lungenhyperämie, Magen und mehrere Dünndarmschlingen leer. Haut und Haare normal.

Am 16. April fand ich ein drittes Tier tot. Nekroskopisch fand ich als einzige abnorme Erscheinung eine vollständige Leere des Magens und eine Hyperämie des Dünndarmes.

Am 21. April wurden drei neue Meerschweinchen in den Käfig getan.

Am 5. Mai fing ich an, den Tieren neben dem Mais etwas frisches Gemüse zu verfüttern.

Am 20. Mai fand ich ein viertes Tier (von den zuerst eingeführten fünf) tot. Bei der Autopsie fand ich nur eine geringe Schwellung der Nebenniere. Haare hier und da etwas abgebrochen, Haut normal, Extremitäten etwas gerötet.

Am 6. Juni fand ich ein fünftes Tier tot. Nekroskopie: Nebennierenschwellung. Haare hier und da etwas abgebrochen, Haut normal, Extremitäten gerötet und hier und da etwas wund.

Am 3. Juli fand ich ein sechstes Tier tot. Autopsie aus äußeren Gründen unmöglich. Haare hier und da geschädigt, Haut normal, Extremitäten gerötet.

Das letzte am Leben gebliebene Tier war am 25. Juli nicht übermäßig lebhaft, fraß aber mit normaler Lust. Seine Haare waren hier und da abgebrochen, die Haut, abgesehen von einer fleckweisen Rötung der Extremitäten, normal.

Gruppe D.

Vier Meerschweinchen. Gemischte Diät (ohne Mais). Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 7. April.

Am 19. April fand ich ein Tier tot. Haare normal, Extremitäten schwach gerötet, sonst Haut normal. Autopsie aus äußeren Gründen unmöglich.

Am 23. April fand ich ein zweites Tier tot. Nekroskopischer Befund: Enteritis, sonst nichts Bemerkenswertes. Haare hier und da an der Basis abgebrochen; Extremitäten gerötet, Haut normal.

Am 1. Mai wurden zwei neue Tiere eingeführt.

Am 22. Mai fand ich ein drittes Tier (von den zuerst eingeführten vier) tot. Nekroskopischer Befund: Enteritis und Peritonitis ex aborto. Haare auf dem Rücken an einigen Stellen ausgefallen, an anderen abgebrochen; Extremitäten gerötet.

Am 3. Juni fand ich ein viertes Tier tot. Nekroskopischer Befund: Enteritis. Haare an vereinzelten Stellen abgebrochen, Extremitäten gerötet und hier und da wund, Haut normal.

Die drei übrigen Tiere waren am 25. Juli gesund und munter. Extremitäten gerötet.

Die häufige basale Trichorrhexis, die ich bei allen Meerschweinchengruppen beobachtete, ist meines Erachtens darauf zurückzuführen, daß sich die Tiere bei dem Umherlaufen im Käfig gegen die Wände dieses scheuerten.

Die häufige Enteritis, die bei den Tieren vorkam, glaube ich — da sie bei den Maistieren nicht häufiger als bei den Kontrolltieren vorkam — auf die Kälte zurückführen zu können; Meerschweinchen pflegen nämlich, wenn sie ruhen, dicht nebeneinander in den Ecken zu liegen resp. stehen, um sich gegenseitig zu wärmen; in dem Käfig konnten sie sich erstens infolge der Kälte des Käfigs selbst, der ein guter Wärme-

Digitized by Google

leiter ist, und zweitens infolge des Umstandes, daß sie an keiner Seite vor der Luft geschützt waren, fast gar nicht vor Kälte schützen. Für diese meine Annahme spricht auch die Tatsache, daß während der Beobachtungsperiode vor dem Beginn der Experimente wenigstens 3/5 der Meerschweinchen zugrunde gingen, und bei der Autopsie eine starke Kongestion der inneren Organe, die sich zuweilen bis zu einer Enteritis oder einer Pneumonie steigerte, aufwiesen.

Betrachtet man die obigen Protokolle, so sieht man, daß von einer photodynamischen Reaktion bei den Maismeerschweinchen nicht die Rede sein kann. Ich glaube auch, daß sich diese Tiere infolge ihrer leichten Sterblichkeit nicht zu Versuchen in dieser Richtung sehr eignen.

Die einzige bemerkenswerte Erscheinung bei den Maismeerschweinchen war die häufige Rötung und Schwellung der Nebennieren.

Ratten.

Gruppe E.

Fünf weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Maisdiät. Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt am 1. April.

Nach einigen Wochen entwickelten sich bei allen Tieren besondere Läsionen an den Ohren, der Schnauze und der Schwanzwurzel, bestehend in kleinen, hirsekorngroßen Knötchen, die hier und da allmählich zu größeren Erhabenheiten zusammenschmolzen und sich mit Krusten bedeckten. An einigen Stellen der Ohren bildeten sich sogar kleine punktförmige Blutungen und kleine Nekrosenherde. Diese Läsionen erzeugten einen starken Juckreiz; die Tiere waren fortwährend am Kratzen. Ich dachte natürlich zuerst, es handle sich um ein Äquivalent der von Hausmann, Horbaczewski usw. als Effekte der photodynamischen Reaktion beschriebenen Hautalterationen; als ich aber einem der Tiere einige Krusten entnahm und in Glyzerinwasser unter dem Mikroskop untersuchte, fand ich zwei Räudemilben. Es handelte sich also um Räude. Ich bepinselte die Tiere mehrmals mit Peruskabin und konnte dadurch eine bedeutende Besserung der Läsionen erzielen. Vom 1. Mai ab bekamen die Tiere neben dem Mais etwas Salat (ein Blättchen pro Kopf und Tag). Am 27. Juli waren noch alle Tiere am Leben und munter; ein einziges hatte auf dem Rücken etwas das Haar verloren; sonst stellten die Räudemanifestationen die einzige bemerkenswerte Erscheinung dar.

Es ließ also nichts auf eine schädliche Wirkung der kombinierten Wirkung des Lichtes und der Maisdiät schließen.

Gruppe F.

Vier weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Gemischte Diät (ohne Mais). Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. — Der Versuch beginnt am 1. April 1914. Nach einigen Wochen zeigten auch diese Tiere dieselben Alterationen wie diejenigen der Gruppe E; auch hier führten Bepinselungen mit Peruskabin eine bedeutende Besserung herbei.

Am 27. Juli waren alle Tiere am Leben, munter und freßlustig und zeigten außer der Räude keine Läsionen der Haut.

Gruppe G.

Fünf weiße Ratten (etwa zwei Monat alt). Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Maisdiät. Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 1. April 1914.

Digitized by Google

Auch bei diesen Tieren entwickelten sich dieselben Läsionen der Ohren, der Schnauze und der Schwanzwurzel, wie bei denjenigen der Gruppen E und F. Auch konnte ich bei einem der Tiere Räudemilben nachweisen.

Bemerkenswert war ferner die Tatsache, daß, während beim Beginn der Versuche die Ratten der verschiedenen Gruppen mehr oder minder dieselbe Größe hatten, nach einem Monat diejenigen der Gruppe G in ihrem Wachstum, besonders im Vergleiche zu den Tieren der Gruppen E und F, bedeutend zurückgeblieben waren.

Am 3. Mai fand ich ein Tier tot; an eine Autopsie war nicht zu denken, weil die Leiche zum größten Teil von den Käfiggenossen gefressen worden war; es blieben nur der Kopf und ein Teil der Extremitäten und der Schwanz übrig.

Am 8. Mai fand ich ein zweites Tier tot. Haut und Haare waren, abgesehen von den Räudemanifestationen, normal. Nekroskopischer Befund: Lungen hyperämisch, Magen leer, Dünndarm über eine kurze Strecke gerötet, Nieren hyperämisch, Nebennieren gerötet.

Am 9. Mai ersetzte ich die gestorbenen Tiere durch zwei neue.

Am 10. Mai nahm ich diejenige der Ratten, bei der die Räudeläsionen am stärksten entwickelt waren, um diese zu photographieren, und erlebte dabei ein sonderbares Ereignis. Ich faßte das Tier vermittels einer Kocherschen Zange an der Haut einer Flanke, um es während des Photographierens festzuhalten; nach einigen Versuchen, eine Zeitaufnahme zu machen, die wegen der Unruhe des Tieres scheiterten, entschied ich mich zu einer Momentaufnahme. Im Augenblicke aber, wo ich das bis da lebhafte Tier an die an dem Tage scharf scheinende Sonne brachte, brach das Tier plötzlich, wie blitzartig zusammen, wurde an allen sichtbaren Häuten und Schleimhäuten blaß und war nach 5—10 Sekunden tot. Die Autopsie ergab nichts Bemerkenswertes. Worauf dieser blitzartige Tod zurückzuführen ist, ob auf einen Nervenchok, auf eine akute photodynamische Reaktion oder auf eine sonstige Ursache, das kann ich nicht entscheiden.

Am 27. Mai fand ich ein viertes Tier (der zuerst eingeführten fünf) tot und mehr als halb gefressen, so daß eine Autopsie nicht möglich war. Das Tier war stark räudig.

Am 29. Mai starb das letzte (also fünfte) Tier (der zuerst eingeführten). Die Autopsie ergab nichts Bemerkenswertes. Das Tier war räudig.

Die beiden Tiere, die am 9. Mai in den Käfig eingeführt worden waren, waren am 15. Juli zwar räudig, aber sonst gesund und munter. Sie waren jedoch im Vergleich zu ihren Altersgenossen, die, als Reserve, im Dunkeln bei gemischter Kost geblieben waren, in ihrer Entwicklung zurückgeblieben.

Gruppe H.

Vier weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Gemischte Diät (ohne Mais). Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 1. April.

Auch bei diesen Tieren entwickelten sich Räudemanifestationen. Nach einem Monat waren sie mehr als diejenigen der Gruppe G gewachsen, dagegen aber im Vergleiche zu denjenigen der Gruppen E und F in ihrer Entwicklung zurückgeblieben. Am 15. Juli waren sie alle (abgesehen von der Räude) gesund und munter, aber etwas weniger entwickelt als diejenigen der Gruppen E und F.

Betrachten wir nun die Beobachtungen, die wir bei diesen vier Gruppen machten, so finden wir eine interessante Erscheinung und zwar erstens, daß sich die Tiere, die bei Maisdiät und unter rotem Lichte gehalten wurden, weniger als die übrigen entwickelten und zum größten Teil zugrunde gingen.

Digitized by Google

Diese Beobachtung könnte den Gedanken nahelegen, daß die roten Strahlen auf photodynamischem Wege im Sinne v. TAPPEINERS eingewirkt haben. Gegen diese Annahme spricht aber die Tatsache, daß auch die Tiere (Gruppe H), die bei gemischter Diät ohne Mais unter rotem Lichte gehalten wurden, in ihrer Entwicklung im Vergleich zu denjenigen zurückblieben, die unter gewöhnlichem Lichte gehalten worden waren (Gruppe E und F). Man muß also annehmen, daß das rote Licht oder wenigstens die fortwährende rote Belichtung an und für sich einen schädlichen Einfluß ausübe, und daß somit die Tiere der Gruppe H, bei denen nur dieser schädliche Faktor gewirkt hat, nur eine Entwicklungshemmung oder -verspätung erfahren haben, während diejenigen der Gruppe G, bei denen neben diesem Faktor auch der schädliche Einfluß der einseitigen Maisdiät wirkte, unter dem Einfluß dieser zwei in Unabhängigkeit von einander schädlich wirkenden Faktoren zugrunde gegangen sind.

Diese vermutliche schädliche Wirkung des roten Lichtes werde ich noch weiter unten besprechen.

Eine zweite interessante Erscheinung bei meinen Ratten war das völlige Ausbleiben einer jeden photodynamischen Reaktion.

Da jedoch meine Versuche durch die eingetretenen Räudemanifestationen etwas gestört worden waren, habe ich sie — in der Annahme, daß die Räude durch die Käfige, in denen bereits zahlreiche Tiere gelebt hatten, auf die Ratten übertragen sein konnte — wiederholt und werde weiter unten darüber berichten.

Gruppe I.

Acht weiße Ratten (etwa zwei Monate alt). Vitaminlose Maisdiät. Ganz schwache Tagesbelichtung. Der Versuch beginnt am 15. Mai.

Die Vitaminlosigkeit des Maises wurde, wie bereits oben angegeben wurden, folgendermaßen erzielt: Da die Tiere, wenn ihnen ganzer Mais verfüttert wird, zuerst den zentralen Teil (Hilus und seine unmittelbare Umgebung) herausfressen, und erst den peripheren Teil angreifen, wenn sie keine ganzen Körner mehr zur Verfügung haben, so brauchte ich nur den Vorrat an ganzem Maiskorn so oft zu erneuern, daß er nie ganz erschöpft wurde und jedesmal die ausgehöhlten Körner, also den vitaminhaltigen Teil, zu entfernen, um eine vitaminlose Maiskost durchzuführen.

Die Tiere wurden in einem großen Zinkblechkasten gehalten, dessen Deckel zum Teil durch ein dichtes Drahtnetz ersetzt war. Der Raum war auf diese Weise genügend gelüftet und so wenig belichtet, daß ein Einfluß des Lichtes ausgeschlossen war.

Am 20. Juli, also nach mehr als zwei Monaten, waren allen acht Tiere völlig gesund, freßlustig und voll Lebhaftigkeit; von Hautalterationen keine Spur.

Es konnte also keine schädliche Wirkung der vitaminlosen Maisdiät beobachtet werden.

Gruppe K.

Acht weiße Ratten. Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Fütterung mit Mais, von dem der Hilus und dessen direkte Umgebung entfernt

Digitized by Google

worden war. Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt um 12. Mai 1914.

Am 18. Mai wurde eine schwarze Ratte zugesetzt. Am 24. Mai wurden vier schwarze Ratten zugesetzt.

Vom 15. Juni bekamen die Tiere neben dem Mais (ohne Hilus) jeden Tag eine ganz kleine Menge Salat (ein Blättchen pro Kopf).

Am 20. Juli, also nach mehr als zwei Monaten, waren alle Tiere gesund; keine Alterationen der Haut.

Von einer photodynamischen Wirkung war also keine Spur zu konstatieren.

Gruppe L.

Vier weiße und fünf schwarze Ratten (alle vollentwickelt). — Ausschließliche (und später fast ausschließliche) Fütterung mit Mais, von dem der Hilus und dessen unmittelbare Umgebung entfernt worden war. — Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 18. Mai.

Am 23. Mai fand ich eine schwarze Ratte tot und zwar diejenige, die bei dem Transport (der natürlich vermittels Zangen geschehen war) aus der Falle in den Käfig am meisten verletzt worden war.

Am 20. Juli waren alle Tiere gesund und frei von Hautalterationen.

Also keine photodynamische Wirkung und keine schädliche Wirkung des roten Lichtes.

Da meine Versuche der Gruppen E, F, G, H durch die Räude gestört worden waren und diese höchstwahrscheinlich von den alten, bereits sehr oft von anderen Tieren bewohnten Käfige auf die Tiere übertragen worden war, habe ich die betreffenden Versuchsreihen wiederholt, aber dazu ganz neue, direkt vom Fabrikanten bezogene Käfige benutzt. Ich lasse die Protokolle folgen.

Gruppe En.

Vier weiße Ratten (erwachsene). — Ausschließliche Maisdiät. — Tagesbelichtung und Sonnenbestrahlung. Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Am 10. September waren alle Tiere am Leben und gesund; keine Hautalterationen.

Auch hier war also keine Spur von einer photodynamischen Wirkung wahrzunehmen.

Gruppe Fn.

Vier weiße Ratten (erwachsene). — Gemischte Diät (ohne Mais). — Tages- und Sonnenlicht. Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Am 10. September waren alle Tiere am Leben, aber zwei von ihnen zeigten schwere Alterationen der Hornhaut, die zu diagnostizieren ich nicht imstande war, und ähnliche Veränderungen der Schnauze und der Ohren, wie ich sie bei den Tieren der Gruppen E, F, G, H beobachtet hatte.

Gruppe Gn.

Zehn weiße (erwachsene) und acht schwarze Ratten (darunter mehrere noch sehr junge). — Ausschließliche Maisdiät. — Rote Belichtung. Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Im Laufe der ersten vier Wochen starben drei schwarze Ratten, und zwar drei der kleineren, noch nicht völlig entwickelten. Eine Autopsie wurde nicht ausgeführt.

Digitized by Google

Am 21. August starb eine weiße Ratte. Haut ohne Alterationen. Autopsie nicht ausgeführt.

Am 10. September waren alle übrigen Tiere gesund und munter.

Gruppe Hn.

Vier weiße (erwachsene) Ratten. Gemischte Diät (ohne Mais). — Rote Belichtung. — Der Versuch beginnt am 20. Juli.

Am 10. September waren alle Tiere gesund. Keine Hautalterationen.

Hier waren also keine Zeichen von einer photodynamischen Wirkung und ebenso keine solchen einer schädlichen Wirkung des roten Lichtes an und für sich zu beobachten. (Schluß folgt.)

Eduard Jacobi †.

Zu den schmerzlichen Opfern, welche unsere Freiburger Hochschule aus dem Lehrkörper und der Studentenschaft dem Kriege dargebracht, ist als neues das von Eduard Jacobi, dem Leiter der Universitätshautklinik, zu zählen. Als beratender Arzt für die Armeegruppe, welche Deutsches Land vor einem Einbruch des Feindes aus dem Belforter Loch zu schützen hat, war er am Anfang Januar zu einer Dienstreise nach dem Oberelsaß befohlen worden. Ein offener Kraftwagen war ihm zur Verfügung gestellt. Trotz des schlechten Wetters, Schnee, Regen und Sturm, erledigte er sich des Befehls. Krank kam er heim. Nach zwei Tagen bildete sich eine katarrhalische Lungenentzündung aus, der Jacobi bei seinem schon längere Zeit angegriffenen Herzen nicht standhalten konnte. Am 9. Januar schloß er seine Augen für immer. Das Ende war für ihn nicht qualvoll; während der letzten Tage seines Daseins war er fast dauernd bewußtlos. Am 13. Januar wurde er der Flamme übergeben, und seine Asche wurde beigesetzt bei denen, die sich dem Vaterland bis zum letzten geweiht hatten. Die üblichen soldatischen Ehrenbezeugungen, Abschiedsgrüße seiner vorgesetzten Kameraden, Erinnerungsworte seiner Kollegen, beschlossen die weihevolle, an Eindruck reiche Feier.

Jacobi stammte aus Liegnitz. Nach seinem Studium trat er bei Neisser als Assistent ein. Er bewies dort solche Tüchtigkeit, daß sein Lehrer ihn, den 27jährigen, 1889 nach Freiburg senden konnte, mit dem ehrenvollen Auftrage, an dieser damals noch kleinen Hochschule sozusagen die Dermatologie ins Leben zu rufen. Hauterkrankungen wurden noch nicht gelehrt, sollten aber in den Lehrplan aufgenommen werden. In harten Kämpfen erreichte Jacobi sein Ziel. Welche Widerwärtigkeiten er zu überwinden hatte, kann derjenige beurteilen, der die heutigen Räume der Freiburger Klinik kennt. Seiner Intelligenz, seiner Zähigkeit gelang es in ausreichender Weise Kranke heranzuziehen, die Mittel für die Behandlung herbeizuschaffen und so für Sammlungen und sonstiges Unterrichtsmaterial zu sorgen, daß in diesen Punkten Freiburg nur von ganz modernen Krankenhäusern übertroffen wird. Die hiesige Moulagensammlung sucht an Güte überhaupt ihresgleichen.

Die kritische Ader Jacobis machte ihn zu einem hervorragend tüchtigen Diagnostiker. Als Lehrer unterstützte ihn die strenge Logik seines Denkens. Wie er aufrichtige Freude empfand, wenn er von seinen Hörern gute Antworten bekam, so konnte er sehr mißmutig werden, wenn er sah, wie die Saat, die er mühevoll ausgestreut,

Digitized by Google

unter die Dornen gefallen war. Und davon pflegte er dann auch kein Hehl zu machen.

Unter seinen Arbeiten nenne ich als sein Lebenswerk seinen Atlas, der ja zu bekannt ist, als daß ich auf seine Bedeutung eingehen müßte. In alle Sprachen übersetzt, hat er Jacobis Namen über die ganze Welt getragen, mehr noch als die Ikonographie, welche von Neisser und ihm herausgegeben, ihn mit den Dermatologen sämtlicher Länder in Verbindung brachte. Auch buchhändlerisch war der Atlas ein Erfolg ersten Ranges. In wenigen Jahren erlebte er fünf Auflagen.

Von rein wissenschaftlichen Veröffentlichungen weise ich auf die über die Entstehung der Chlorakne, über den erstmalig sicheren Befund der Tuberkelbazillen im Lichen scrofulosum hin, auf die mehrfachen Publikationen über Lupus, über Prostitution und andere.

Leider war es ihm nicht vergönnt, seine letzte Gründung, ein Heim für mittellose Lupuskranke emporwachsen zu sehen. Ohne die Klinik allzusehr mit den an sich schon überreichen Lupusmaterial zu belasten, wollte er für diese Patienten die reichen Behandlungsmittel des Spitals ausnutzen, die Krankenzimmer von ihnen aber frei lassen, indem er sie in einem „Heim" in der Nähe der Klinik unterbrachte. Dieser Gedanke wird wohl jetzt so lange schlummern, bis ein gleich energischer Nachfolger in ruhiger Zeit ihn sich wieder zu eigen macht.

Jacobi war im persönlichen Verkehr ein hervorragend gewandter Mensch, mit gesellschaftlich sehr geschliffenen Umgangsformen. Er suchte seine Erholung aber nicht im großen Verkehr, sondern lebte mehr zurückgezogen, in der Pflege der Musik, im Studium seiner Sammlungen von Porzellanen, Möbeln, Bildern und Büchern.

Er starb als Junggeselle; seine Freunde und Bekannten werden lange an dem Verluste dieses klugen, hilfsbereiten Mannes zu tragen haben.

Karl Taege-Freiburg i. B.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

April 1914.

1. Über Nierenverletzungen, von Oscar E. Bloch-Louisville. In den Lehrbüchern wird meist behauptet, daß Chokerscheinungen die prominentesten Symptome von Nierenverletzungen sind. Bloch teilt drei Krankengeschichten von Fällen mit, in denen trotz schwerer Nierenverletzungen keine Chokerscheinungen aufgetreten sind. In dem ersten Falle hatte der Patient einen Stoß gegen eine Tischecke erlitten, und zwar in der linken Lendengegend; da sich sofort blutiger Urin einstellte, kam der Patient ins Krankenhaus, wo außer der Hämaturie kein anderes Symptom (auch äußerlich nicht sichtbar) bemerkt wurde. Erst 48 Stunden später klagte Patient über Schmerzen, und der Puls wurde häufig und schlecht. Bei der Inzision zeigte sich nach Wegräumung des Blutgerinnsels der konvexe Rand der Niere in $^2/_3$ der Länge und fast $^1/_2$ der Tiefe der Nierensubstanz zerrissen. Nierenbecken und Gefäße waren unverletzt. Glatte Heilung. Die anderen Fälle sind ähnlich, obwohl die Hämaturie fehlen kann, oder äußerlich mehr Symptome vorhanden sein können. Oft sind auch andere Bauchorgane zugleich mit den Nieren verletzt, was die Heilung natürlich sehr erschwert; denn die Nieren haben nach der Ansicht des Verfassers eine außerordentliche Heilkraft, und er meint, daß die Nephrektomie nur gemacht werden sollte bei Zerquetschung des ganzen Organs, durch zermalmende Gewalt oder Zerstörung des Nierenbeckens und der großen

Digitized by Google

Gefäße; im allgemeinen käme man mit Resektion von nicht mehr als $^1/_8$ des Organs aus. Im Anschluß betont Bloch, daß er Wandernieren so häufig beobachtet habe, daß er dieselben nicht unter die Nierenerkrankungen rechnen möchte: Ob eine Niere erst durch ein Trauma dislociert worden ist, oder eine Wanderniere verletzt wurde, läßt sich oft nicht diagnostizieren.

2. Über kombinierte Anwendung von Quecksilber mit Salvarsan oder Neosalvarsan bei der Behandlung der Syphilis, von Charles Edward Panoff-Brooklyn. Panoff rekapituliert, wie dem ursprünglichen Enthusiasmus, mit dem das Salvarsan begrüßt wurde, von manchen Seiten viel Skeptizismus beigemischt war, der auch recht zu behalten schien, als nach den ersten allzuglänzenden Resultaten, ein Rückschlag in der Stimmung eintrat, als man feststellen mußte, daß eine einmalige Dosis nicht genüge und die Syphilis nicht quasi über Nacht zu heilen wäre. Diese Enttäuschung wurde noch größer als man von lange fortzusetzender und am besten mit Hg zu kombinierender Salvarsanbehandlung zu sprechen anfing, und es schien als ob die Skeptiker recht behalten sollten, bis sich im Laufe der Jahre herausstellte, welche immensen Vorzüge das Salvarsan uns gebracht hat, und welch wertvolle Bereicherung unseres antisyphilitischen Rüstzeuges dieses Präparat bedeutet.

Die Hauptfrage war für den Verfasser die der Methode der Einverleibung: „intravenös oder intramuskulär". Er selbst neigte nach seinen Erfahrungen und den Berichten der Literatur zur intravenösen Methode; jedoch scheiterte die Durchführung derselben bei der größten Zahl der Patienten am Kostenpunkt. Hier macht nun P. eine Rechnung auf, die für uns Deutsche interessant genug erscheint, um wiedergegeben zu werden. Er berechnet nämlich die Kosten jeder einzelnen intravenösen Salvarsaninjektion auf 45 Dollars. Dabei rechnet er für den ärztlichen Eingriff als Mindestsatz 25 Dollar (ah, glückliches Dorado für Dermatologen!), den seiner Ansicht nach notwendigen mehrtägigen Aufenthalt in einem Krankenhause auf mindestens 10 Dollar usw. Deshalb entschloß sich der Verfasser zur intramuskulären Methode überzugehen, und zwar in der Art, daß er kleine Dosen 0,1 g Salvarsan alle vier Tage gab, da er bei großen Dosen Infiltrate, Schmerzhaftigkeit, Unsicherheit der Absorption fürchtete. Darum kombinierte er das Salvarsan mit Quecksilber, ausgehend von der Vorstellung, daß das Salvarsan nur die freigewordenen Spirochäten töte, und daß das Hg das Mittel sei, welchem die Aufgabe zufiele, die Spirochäten zur Vertilgung durch das Salvarsan frei zu machen. Mittels einer algebraischen Gleichung mit einer Unbekannten, kam er in bezug auf Dosis und Zeit zu folgendem Schema, mit dem er die besten Resultate erzielte: Er gab immer zwei Injektionen Hg salicyl. (à 0,1 Hg salicyl) und dann eine Dosis 0,1 Salvarsan, und zwar in viertägigen Intervallen. Nach einem Zyklus von sechs Injektionsgruppen (à 2 Hg- + 1 Salvarsan-Injektion), d. h. nach ca. 72 Tagen, macht er eine Pause von vier Wochen. Dann wird die WR angestellt und die Kur, ganz gleich wie die Reaktion ausfällt, wiederholt; nach vier Wochen behandlungsfreiem Intervall wird wieder untersucht. Ist der Befund noch positiv, wird in derselben Weise weiterbehandelt, ist er zum zweitenmal negativ, so wird die Behandlung auf Monate ausgesetzt, und dann die WR wiederholt, und beim dritten negativen Befunde der Patient als geheilt entlassen. Da sich auch auf diese Weise die Kosten noch ziemlich hoch stellen, so versucht Panoff an demselben Tage mehrere Patienten direkt nacheinander zu injizieren und fertigt sich eine 10%ige Emulsion von Salvarsan in Jodipin (also wohl ähnlich dem Schindlerschen Joha. Der Ref.) an. Seit Einführung des Neosalvarsans sind, dank der leichten Löslichkeit, desselben die intramuskulären Injektionen in Dosen von 0,15 Neosalvarsan angenehmer durchführbar. Panoff warnt, trotzdem er das Neosalvarsan als das Idealmittel für intramuskuläre Injektionen bezeichnet, dringend

Digitized by Google

vor jeder Erwärmung der Lösung und der Anwendung nicht ganz frisch zubereiteter Lösungen.

3. Die Urethra, von C. B. Spalding-Louisville. Nach einer sehr langen, mehr als die Hälfte umfassenden Einleitung, in welcher der Verfasser die Anatomie der Urethra und die Bedeutung der einzelnen Abschnitte auseinandersetzt, gehört der kleinere zweite Teil der Arbeit der Besprechung von Strikturen, deren Operationsnotwendigkeiten, der Operationstechnik und zum Schlusse folgt eine skizzenhafte Mitteilung von 13 operierten Urethralstrikturen, die zum Teil nicht mehr für ein filiformes Bougie permeabel waren.

4. Über Hämaturie, von C. R. Wettstein-Effingham. Unter Hämaturie versteht der Verfasser das Vorhandensein von Blut im Urin, so daß die Farbe beeinflußt oder dasselbe mikroskopisch nachweisbar ist. Das Symptom ist wichtig genug, um eine sofortige Feststellung der Quelle der Blutung notwendig zu machen. Man hat zu unterscheiden: 1. initiale Blutung, d. h. das Blut kommt zuerst oder in den ersten Urintropfen; 2. konkomitierende Blutung, d. h. der Urinstrahl ist während des ganzen Urinaktes mit Blut gemengt und 3. terminale Blutung, d. h. erst mit den letzten Urintropfen oder nach der völligen Entleerung der Blase kommt reines Blut. Wichtig ist die Beschaffenheit des Blutes: hellrot und frisch, oder alt und dunkel, flüssig oder in kleinen Klümpchen. Die Blutung kann akut, subakut oder chronisch sein; gering, mäßig oder profus; intermittierend, remittierend oder persistierend. Ätiologisch kommen in Betracht: Traumen oder Erkrankungen des Genital- oder Urintraktus, Infektion, Nierenstauung, allgemeine Hämophilie, Zystitis, Nierensteine, Tumoren, Tuberkulose oder Krebs der Blase, Aneurysma der Nierenarterien (selten) und idiopathische Hämaturie. Die Ursprungsstelle der Blutung kann in der Niere, dem Ureter, der Blase, der Prostata oder Urethra sitzen. Darum sind zur Diagnosenstellung oft alle unsere Hilfsmittel heranzuziehen nötig: Zystoskop wie Radiographie, Guajakprobe wie das Mikroskop usw. Die klinische Diagnose wird erst schwer, wenn es sich um Blutungen aus den höher gelegenen Abschnitten des uropoetischen oder Urogenitalsystems handelt, und doch ist die präzise Feststellung des Herdes der Blutung und ihre Veranlassung die einzige Möglichkeit der Heilung. Der Verfasser erörtert nun die verschiedenen Erkrankungen der einzelnen Abschnitte des Urogenitalsystems und beschreibt die einzelnen, differenten Punkte in der Erscheinung der Hämaturie, welche eventuell einen Anhalt für die richtige Diagnose geben könnte; das würde im Rahmen eines Referates zu weit führen.

5. Die moderne Untersuchung der Prostituierten, von Wilhelm Dreuw-Berlin. Die vorliegende Arbeit, deren Grundzug bereits gelegentlich der internationalen hygienischen Ausstellung in Dresden i. J. 1911 mit ihren Tabellen, der zu erstrebenden Einrichtungen und Ausstattungen von Untersuchungsräumen für die Prostituierten bekannt gegeben worden sind, enthält auch in den neu hinzugekommenen Tabellen und dem Zahlenmaterial wenig Neues für die Leser der einschlägigen Heimatsliteratur.

6. Eine Legende von der lesbischen Liebe bei den Indianern Nordamerikas, von Douglas C. McMurtrie-New York. Der Verfasser behauptet, daß lesbische Liebe unter allen Völkern existiert habe, von deren Sexualleben wir überhaupt durch Traditionen Mitteilungen besitzen. Daß die Zahl der bekannt gewordenen Fälle von perversen Liebesbeziehungen zwischen Frauen viel geringer ist, als die der Homosexualität der Männer, hat mancherlei Gründe: 1. rechnete man in das Gebiet der letzteren fast ausnahmslos auch die große Gruppe der Päderasten; 2. waren die homosexuellen Beziehungen bei Männern auch bei den minder gebildeten Klassen viel bekannter, während die Kenntnis der Existenz derselben bei Frauen — die lesbische Liebe —, selbst unter Gebildeten wenig verbreitet war; 3. fiel bei allen Völkern ein intimes Zusammenleben

Digitized by Google

von Frauen viel weniger auf, als ein solches von Männern. Aus der Spärlichkeit der bekannt gewordenen Fälle glaubt aber der Verfasser nicht auch auf überaus seltenes Vorkommen schließen zu dürfen, und er bittet, daß man alles einschlägige Material sammeln und veröffentlichen solle.

Der Verfasser erzählt dann ausführlich zwei Legenden, welche die Erinnerung an Fälle von lesbischer Liebe — die eine bei den Assiniboine-Indianern, die zweite bei den Fox-Indianern — im Volk weiterleben lassen; obwohl beide Stämme keine unmittelbaren Berührungen miteinander haben, haben diese beiden Legenden soviel Gemeinschaftliches — z. B. die Geburt eines mißgestalteten Kindes als Folge des widernatürlichen Verkehrs —, daß man wohl an einen gemeinsamen Ursprung denken muß. Nun folgert aber der Verfasser, daß sich solche Legenden bei Völkern nur über Gegenstände, Vorkommnisse oder Mißbräuche ausbilden, mit denen die Volkspsyche sich beschäftigt oder betätigt.

7. Die Bedeutung des häufigen Urinierens bei den Frauen, von Alexander Hamilton Peacock-Seattle. Bei Klagen von Frauen über häufigen Urindrang ist es nach dem Verfasser eine Unterlassungssünde, sich mit der Spiegelung der Blase oder selbst der Niere zu begnügen, ohne den Allgemeinzustand der Patientin genau zu prüfen, wie er das beweist aus selbstbeobachteten Fällen, in denen infolge oberflächlicher, lokaler Untersuchungen falsche Diagnosen gestellt, resp. das eigentliche Grundleiden übersehen wurde. 1. Allgemein medizinisch: Suchen nach eventuellen konstitutionellen Erkrankungen (Tuberkulose, Diabetes, Ataxie). 2. Chirurgisch: Genaue Untersuchung des Beckens und seiner Organe, und zwar Vagina und Rektum bimanuell. 3. Genaue Untersuchung des Urogenitaltraktus; das Sekret der Urethra, Endoskopie der letzteren in Kniebrustlage, Endoskopie der Blase und bimanuelle Abtastung derselben, der Ureteren und der Nieren; Katheterisation der Ureteren, bakteriologische Untersuchung des von der rechten und linken Niere getrennt aufgefangenen Urins. Oft mag eine bloße Blasenendoskopie genügen, aber oft kann dabei Wichtiges übersehen werden. Die Veranlassung zum häufigen Urinieren ist eine vielfache, von der einfachen Nervosität bis zur Pyonephrose. Peacock betont zunächst und belegt mit Beispielen, die Notwendigkeit, sich die nahen Lagebeziehungen zwischen der Blase einerseits und Vagina, Uterus und Adnexen andererseits stets vor Augen zu halten. Bei der Schwangerschaft, Salpingitis, Oophoritis usw. dehnen sich die Reiz- resp. Entzündungserscheinungen oft auf die Blase aus; oft findet man auch sekundäres Karzinom der Blase.

Von den Bakterien, an die man bei Blasenerkrankungen denken muß, stehen in erster Reihe die Gonokokken. Da 90% aller Männer an Blennorrhoe leiden oder gelitten haben, so ist die Zahl der von ihnen infizierten Frauen und Mädchen eine unendlich große, da sich die Gonokokken sehr lange unbemerkt in der Vagina aufhalten können, ohne irgend welche die Aufmerksamkeit hervorrufenden Erscheinungen zu machen, so kommt es, abgesehen von der sofortigen Infektion der Urethra, gewöhnlich zu einer Übersiedelung der Bakterien von der Vagina in die Harnröhre, wonach sie in die Blase und unter Umständen noch weiter bis in die Niere gelangen können.

Bei der großen Neigung der meisten Frauen zu Verstopfungen, kommen Infektionen der Harnröhre und Blase mit dem Bacterium coli sehr häufig zustande, und es sind dann zuzeiten hartnäckiger Obstipation auch die Blasenbeschwerden besonders unangenehm. Endlich muß man stets an die Tuberkelbazillen denken, die, in der Niere angesiedelt, sehr leicht zu Blasenreizungen oder auch direkt zu häufigem Urinieren Veranlassung geben können. Lasch-Breslau

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Weitere Ergebnisse der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber kombiniert, von HARALD BOAS-Kopenhagen. (Hospitals tidende, 1914, Nr. 24—25.) Die Ergebnisse von Verfassers Untersuchungen sind: Die kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung ist bei primärer und frischer sekundärer Syphilis der alten Hg-Behandlung überlegen, indem sie durch eine einzige Kur den Patienten längere Zeit von allen ansteckenden Symptomen freizumachen vermag; während die Patienten, die in diesem Stadium der Krankheit nur mit Hg behandelt wurden, beinahe immer Rezidive bekamen. Die Patienten müssen so früh als möglich in Kur genommen werden. Daß die Krankheit bisweilen abortiv geheilt werden kann, sieht man daran, daß sich in der Versuchsreihe des Verfassers ein ganz zweifelloser Fall von Reinfektion vorfindet. Von besonderer Bedeutung ist die kombinierte Methode bei syphilitischen Weibern während der Schwangerschaft. Von anderen Krankheiten hat Verfasser mit Salvarsan zwei Fälle von Pemphigus chronicus, drei Fälle von Dermatitis herpetiformis und einen Fall von Pemphigus vegetans sämtlich mit gutem Erfolge behandelt. W. Holland-Kristiania.

Über die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von SCHOLZ und RIEBES-Königsberg. (D. m. W., 1913, Nr. 30.) Verfasser geben in den ersten beiden Tagen 3—4 kleine Salvarsandosen, 0,2—03 in Summa 0,9 bis 1,0, anschließend eine energische Quecksilberbehandlung von 4—5 Wochen, dann eine zweite Salvarsanbehandlung wie anfangs und noch 2—3 Wochen Quecksilberbehandlung, eventuell noch eine dritte Salvarsanbehandlung. Sie erzielten dadurch bei primärer Syphilis auch bei bereits positiver WR 90—100%, bei frischer sekundärer Syphilis etwa 80—90% Heilungen. Junghanns-Dresden.

Die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von W. SCHOLTZ-Königsberg. (B. kl. W., 1914, Nr. 33.) Verfasser bezweckt mit seiner Behandlungsmethode besonders eine Dauerwirkung des Salvarsans und eine endgültige Heilung der Syphilis. Er gibt in den ersten zwei Tagen vier Salvarsaninjektionen zu 0,2—0,25, im ganzen 0,85—1,0 Salvarsan. Hierbei wird das Altsalvarsan bevorzugt. Sofort im Anschluß an die Salvarsankur, gewöhnlich schon am zweiten Salvarsantage, beginnt die Hg-Kur und zwar in Form der kombinierten Injektionsschmierkur. Auf diese vier Wochen dauernde Kur folgt die zweite Salvarsankur, im wesentlichen ebenso wie die erste durchgeführt. Darauf Wiederholung der Hg-Kur nochmals 2—3 Wochen. Intensität der zweiten Salvarsankur sowie der weiteren Hg-Kur hängt wesentlich von dem Resultat der Blutuntersuchung ab, die gelegentlich der zweiten Salvarsankur ausgeführt wird. Eventuell hat noch eine dritte Salvarsankur stattzufinden. Die Resultate haben befriedigt, in der Privatpraxis waren sie besser als in der Poliklinik. Bei primärer Syphilis beträgt die Wahrscheinlichkeit vollkommener Heilung, deren Begriff zum Schluß ausführlich erörtert wird, bei regelrechter Kurdurchführung von vornherein 95—100%, bei sekundärer etwa 85%. Ehekonsens nach 2—3 Jahren. E. Klemm-Leipzig.

Über die Wirkungsweise des Salvarsans und Quecksilbers bei der Syphilis, von E. SCHREIBER-Magdeburg. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Verfasser gibt eine kritische Übersicht der Forschungen verschiedener Verfasser auf diesem Gebiet und ergänzt seinen Bericht durch kurze Mitteilungen über die von ihm selbst und seinen Schülern zur Lösung

Digitized by Google

der Frage angestellten Beobachtungen. Im ganzen gehen die Feststellungen dahin, daß das Salvarsan im Körper spirillozid wirkt, namentlich durch die aromatischen Derivate der Arsenreihe, obwohl auch eine Steigerung der Entwicklung von Abwehrkörpern, Antitoxine, Agglutinine beobachtet ist. Die Wirkung der Quecksilberpräparate ist nach den hier beschriebenen Beobachtungen allein auf eine Steigerung der Immunitätsreaktionen des Körpers zurückzuführen. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber, von v. Zeissl-Wien. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Das Salvarsan soll in sterilem destillierten Wasser so kurze Zeit als möglich vor der Inkorporierung gelöst werden. Strengste Aseptik ist notwendig. Wenn der Primäraffekt kurze Zeit besteht, ist eine Abortivbehandlung der Syphilis möglich. Nach Salvarsanbehandlung sind Rezidive und Spätformen der Syphilis sehr selten. Gleichzeitige Anwendung von Merkur und Salvarsan ist nach Möglichkeit zu vermeiden. Salvarsan veranlaßt nie Nervenerkrankungen, diese werden vielmehr durch die Syphilis bedingt und durch Salvarsan geheilt. Die Dosierung richte sich nach der Körperbeschaffenheit des Kranken. Vor jeder Salvarsananwendung untersuche man genau den ganzen Körper, nach der Injektion lasse man wenigstens 1—2 Tage das Bett hüten. Die Intervalle zwischen zwei Injektionen sollen wenigstens acht Tage betragen. Die Behandelten sind gewissenhaft 2—3 Jahre zu beobachten und deren Zustand durch wiederholte Wassermann-Untersuchungen zu kontrollieren. G. Heymann-Elbing.

Die Heilung der Syphilis durch kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von Scholz. (D. m. W., 1914, Nr. 17.) Verfasser gibt in Form einer Statistik die Erfolge mit der von ihm geübten kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung an 316 Kranken an Beobachtung resp. Kontrolle bis nach $3^1/_2$ Jahren klinisch und serologisch. Er scheidet in poliklinisch und privat behandelte Fälle. Für die privat behandelten gilt folgendes: Primäre Lues 44 Fälle, alle ohne Rezidive $= 100\,\%$ Heilung; sekundäre Lues 109 Fälle mit $11 = 10\,\%$ Rezidive. Für die poliklinisch behandelten gilt folgendes: Primäre Lues 14,9 % Rezidie; sekundäre Lues 19,6 % Rezidive. Bei unvollständiger Durchführung der Kur, speziell bei Unterlassung der zweiten Salvarsanbehandlung, verschlechterte sich sofort das Resultat, es trat in etwa der Hälfte der Fälle klinisch oder serologisch Rezidive auf. An Kindern von Behandelten konnte klinisch und serologisch keine Lues nachgewiesen werden. Fehlgeburten oder Geburten syphilitischer Kinder wurden nicht beobachtet. Gefährliche Zustände oder bleibende Schädigungen nach der Behandlung mit Altsalvarsan wurden nicht beobachtet.

Hommel-Dresden.

Die Behandlung der Syphilis mit Hg + As + Ca, von Dreuw-Berlin. (W. m. W., 1914, Nr. 19.) Dreuw ist für Verwendung des Arsens neben dem Quecksilber in minimalen Mengen und zwar eines Kalziumpräparates, des Sanokalzins, das als wasserlösliches Glyzerinolaktophosphat in Verbindung mit Arsen (0,001) in Ampullen sterilisiert werden kann. Die Methodik der Anwendung ist wöchentlich neben einer Quecksilbersalizylatinjektion mehrere mit der neuen Lösung. Dieser Turnus wird 5—8 Wochen je nach der Schwere des Falles wiederholt. Die Injektionen mit diesem Präparat bewirken weder lokale noch allgemeine Störungen. Die Wirkung des Mittels erblickt der Verfasser in roborierenden Eigenschaften, welche die Schutzkräfte des Körpers steigern. Alle Fälle von primärer, sekundärer und tertiärer Lues wurden sehr günstig beeinflußt.

Vörner-Leipzig.

Syphilis und Arsenpräparate, von J. Bukovský und K. Fiala-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 31.) Die Verfasser behandelten rund 1300 Fälle von Syphilis mit Salvarsan, Neosalvarsan, Hektin, Hektargyre und Enesol. Sie bevorzugen nunmehr das Salvarsan; das Neosalvarsan ist etwas weniger schmerzhaft, doch weichen die mit

Digitized by Google

ihm erzielten Resultate von den mit Salvarsan erzielten Resultaten nicht wesentlich ab. Sie injizieren jetzt ausschließlich intramuskulär und verwenden die alkalische Lösung; die Dosis beträgt 0,3—0,6 g in 15 ccm Wasser. Das Urteil über das Salvarsan lautet: Das Salvarsan ist eine glückliche Ergänzung der konventionellen Therapie; diese beiseite zu schieben wäre ein grober Fehler. Von den Sklerosen reagieren auf Salvarsan am besten die serpiginösen Geschwüre, die sofort zum Stillstand kommen; im übrigen erzielt die alte Behandlung dieselben Erfolge. Die Roseola wird durch Quecksilber besser beeinflußt, dagegen ist die Papulosa sehr empfindlich. Die besten Resultate erzielten die Verfasser bei malignen und Spätformen und bei Idiosynkrasie gegen Hg und J. Hektin und Hektargyre werden wohl gut vertragen, sind aber wenig wirksam. Das Enesol hat die Verfasser im Stich gelassen. G. Mühlstein-Prag.

Das Galyl, ein Arsenpräparat gegen Syphilis, von P. Troisfontaines-Lüttich. (Presse méd., 1913, Nr. 89.) Neben dem Salvarsan und dem Neosalvarsan haben sich zwei andere Arsenpräparate, das Galyl (1116) und das Ludyl (1151) von Monneyrat, in neuerer Zeit eingeführt. Der Verfasser hat besonders das Galyl eingehend klinisch studiert. Es ist wenig oder gar nicht toxisch, wird gut vertragen und ist wenigstens ebenso wirksam als die parasitotropen Arsenpräparate, die ihm vorausgingen. Wendet man Quecksilber zu gleicher Zeit an, so gehen die Symptome nicht schneller zurück als mit Galyl allein. Nach den mitgeteilten Krankengeschichten scheinen die Resultate nicht schlechter als mit Salvarsan. A. Gunsett-Straßburg.

Arsentherapie bei Syphilis mit spezieller Berücksichtigung des „Galyl", von J. J. Abraham-London. (Brit. m. J., 14. März 1914.) Mit Salvarsan und Neosalvarsan hat Verfasser bei mehr als 3000 Fällen sehr befriedigende Resultate im Verein mit angemessener Quecksilberbehandlung erzielt. Er glaubt aber, daß diese Arsenverbindungen bei Nephritis, Herzaffektionen und Ohraffektionen mit zu viel Gefahren verknüpft sind. Er hat deshalb gerne einige Versuche mit dem von Monneyrat empfohlenen Galyl, welches als Tetroxy-diphosphamino-diarsenobenzol aufzufassen ist, ausgeführt. Das Mittel wird intravenös in Dosen von 0,45—0,55 für Männer und 0,4—0,5 für Frauen unter Verwendung von 30 ccm Wasser für je 1 dcg des Salzes injiziert. Man gibt 2—3 Einspritzungen mit achttägigen Intervallen. Bei einer ersten Versuchsreihe von zehn Fällen hatte A. befriedigende Resultate und keine besonderen Nachteile zu verzeichnen. Er hält aber die gleichen Kontraindikationen für das neue Mittel aufrecht wie für Salvarsan und Neosalvarsan. Philippi-Salzschlirf.

Ein häßlicher Feldzug gegen das Salvarsan, von Duhot. (Rev. belge d'urol. et de derm.-syph., 1914.) In äußerst temperamentvoller Weise nimmt D. Stellung gegen Dreuw. Er wirft ihm vor allem vor, daß die Diskussion über den Wert des Salvarsans in der großen Öffentlichkeit geführt wurde. Die Entgegnung Neissers im Breslauer General-Anzeiger wird im Wortlaut wiedergegeben. D. selbst hat mehr als 23000 Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan bei etwa 1700 Kranken gemacht und nur einen Todesfall erlebt. E. Brinitzer-Altona.

Wie soll sich der praktische Arzt zur Salvarsantherapie der Syphilis verhalten? von Jadassohn-Bern. (München 1912, J. F. Lehmanns Verlag.) Wenn auch die Abhandlung, die für die Jahreskurse für ärztliche Fortbildung bestimmt war, im Jahre 1912 erschienen ist, so hat sie doch auch heute nach den Angriffen, die auf das Salvarsan erfolgt sind, noch akutes Interesse, denn der Verfasser konstruiert sogar unbedingte Indikationen für das Mittel in allen Fällen, in denen Hg nicht vertragen wird oder nicht zum Ziele führt. Ferner besteht die Pflicht der Anwendung bei maligner Lues und schließlich auch bei primärer Lues, weil bei letzterer die enorm wichtige Chance der Koupierung der Syphilis besteht. Der Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß der

Digitized by Google

praktische Arzt sich die Technik der Salvarsaninfusionen aneignen soll, um sie in geeigneten Fällen zu üben; ihre Gefahren sind so geringe, daß bei einiger Vorsicht bedrohliche Erscheinungen fast immer auszuschließen sind. J. bevorzugt die Kombinationstherapie. Über die Bewertung der WASSERMANN-Reaktion sind die Akten noch nicht geschlossen.

Peyser-Harburg.

Über Arsenausscheidung im Harne nach einmaliger subkutaner Einverleibung von 0,4 Altsalvarsan vor $3^1/_2$ Jahren, von JOSEF KYRLE-Wien. (M. Kl., 1914, Nr. 9.) Der Verfasser berichtet folgenden Fall: Ende Dezember 1913 wurde eine 30jährige Patientin wegen Syphilis in die FINGERsche Klinik aufgenommen. Sie hatte folgende syphilitische Manifestationen: Lentikuläre sukkulente, teils krustöse, teils in der Rückbildung begriffene Papeln auf der Haut des Rumpfes, im Gesicht und an der Stirn, vereinzelt auch an den oberen und unteren Extremitäten, ferner teils erhabene, diphtherische, teils im Stadium reparationis begriffene Papeln an beiden großen Schamlippen; Psoriasis palmaris und plantaris. WR +. Anamnestisch ist festzustellen, daß die Patientin ihre ersten und bis jetzt einzigen syphilitischen Erscheinungen (Papeln an den Genitalien, Lingua geograph. und + WR) im Juli 1910 gehabt hatte. Als eine der ersten hatte die Patientin in der Innsbrucker Klinik am 23. Juli 0.4 Salvarsan in 10 ccm Wasser suspendiert mit schwach alkalischer Reaktion subkutan in die Subskapulargegend erhalten, ohne wesentliche Reaktionserscheinungen bis auf ein kleinapfelgroßes Infiltrat an der Injektionsstelle; dasselbe war nach wenigen Tagen fast ganz verschwunden, die syphilitischen Erscheinungen ganz zurückgegangen ohne lokale Behandlung, so daß die Patientin am 10. Augus' mit schwach +, fast — Reaktion aus der Klinik entlassen wurde. In den folgenden $3^1/_2$ Jahren war sie stets gesund, hatte nie irgend welche syphilitische Symptome, hatte keine Kuren mehr gemacht, auch kein As mehr genommen. Im Dezember 1913 traten die oben erwähnten Symptome auf, d. h. eine Art des Exanthems, die für die Dauer der Krankheit und die lange Latenzperiode etwas auffallend war. Noch auffallender war, daß es jeden Tag gelang, chemisch As im Urin nachzuweisen; von dem Infiltrate an der Injektionsstelle war nichts zu fühlen. Patientin hatte damals 0,4 Altsalvarsan = 0,2 As erhalten und nach 1500 Tagen war noch As im Urin nachweisbar. Mit Recht nimmt KYRLE wohl an, daß es sich nicht um eine kontinuierliche Ausscheidung gehandelt habe, ohne sagen zu können, durch welche Veranlassung dieselbe zurzeit wieder einträte. Ferner glaubt der Verfasser, daß dieser Fall zugunsten der FINGERschen Hypothese spräche, nach der die Wirkung unserer Antisyphilitika nicht ausschließlich direkt bakterizid sei, sondern, daß man auch mit einer indirekten Wirkung derselben, nämlich mit einer Umstimmung der Gewebe zu rechnen habe. Er nimmt an, daß das im Organismus aufgespeicherte Salvarsan, welches keine spezifische, direkte Wirkung im Sinne der gänzlichen Vernichtung der Spirillen auszuüben vermochte, doch wenigstens eine solche Umstimmung der Gewebe bedingt hatte, daß lange Zeit die Proliferation der Spirochäten verhindert wurde. Nur mit der Annahme des Aufhörens dieser Wirkungskomponente scheint das so späte Manifestwerden der sekundären Hautrezidive erklärt werden zu können.

Lasch-Breslau.

Salvarsan und das PROFETAsche Gesetz, von AUGUSTUS RAVOGLI-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 12. Juli 1913.) Das PROFETAsche Gesetz behauptet, daß Kinder syphilitischer Eltern eine kongenitale Immunität erworben haben, die sie vor Luesinfektion schützt. Verfasser hat nun ein von einer syphilitischen Mutter — der ebenfalls kranke Vater war mit Quecksilber und Salvarsan behandelt worden — geborenes Kind beobachtet, das völlig gesund war. Die Mutter zeigte zu Beginn der Schwangerschaft ein papulöses Syphilid und wurde darauf mit 0.6 Salvarsan intramuskulär behandelt. Acht Monate nach der Geburt war das wohlgenährte und gutentwickelte Kind völlig

Digitized by Google

symptomfrei. Einige Wochen später trat am Kinn ein Primäraffekt mit Drüsenschwellung und Roseola auf. Die Mutter litt zu gleicher Zeit an Schleimhautpapeln im Mund. Über die Infektionsweise konnte kein Zweifel bestehen. Immunität im Sinne des Profetaschen Gesetzes gibt es hiernach nicht. Von Bedeutung im vorliegenden Falle ist es, daß eine intramuskuläre Injektion von 0,6 genügte, Patientin, wenn auch nicht zu heilen, so doch so weit zu bessern, daß die Spirochäten das plazentare Filter nicht passierten, so daß ein gesundes Kind geboren werden konnte. Durch die einmalige Salvarsananwendung ist es zu einer bedeutenden Abschwächung der Lebenskraft der Spirochäten, zu einer, allerdings vorübergehenden Inaktivierung gekommen. Fendt-Wiesbaden.

Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder, von Wolf-Wiesbaden. (D. m. W., 1913, Nr. 25.) Es handelt sich um das Kind einer während ihrer Gravidität und zwar im fünften Monat mit Salvarsan sehr energisch (2,9 g) behandelten Mutter. Das Kind war ausgetragen und zeigte fast $1^1/_2$ Monate hindurch keine Krankheitserscheinungen. Es machte bei der Aufnahme einen gesunden blühenden Eindruck. Es wurde wegen leichter Dyspepsie aufgenommen, von Lues war nicht das geringste zu finden. Und doch hatte das Kind eine Lues, die unter foudroyanten meningitischen Erscheinungen nach 10 Tagen zum Exitus führte. Einen wirklichen Beweis für die Gesundheit kann in solchen Fällen nur die WR und die Röntgenaufnahme der Knochen bringen.

Junghanns-Dresden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Bedeutung der Hautkrankheiten für den Krieg, von Felix Pinkus-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 41.) Pinkus betont mit Recht, daß die Hautkrankheiten für den Krieg keine erhebliche Rolle spielen; denn wir sind gewohnt, obwohl fast alle Verwundungen mit Kontinuitätstrennungen der Haut einhergehen, und diese letzteren zumeist die Eintrittspforten für die Infektionserreger abgeben, z. B. beim Tetanus usw. doch alle diese Erkrankungen und Verletzungen in das Gebiet der Chirurgie zu verweisen. Abgesehen von der Krätze und den durch Insekten hervorgerufenen Dermatosen, die bei der mangelnden Auswahl sauberer Quartiere unvermeidlich sind, handelt es sich nur um zwei Gruppen von häufiger vorkommenden Hauterkrankungen, die im Kriege eine bedeutendere Rolle spielen, und zwar: „der wundgelaufene Fuß und die Furunkulose". Trotz aller prophylaktischer Maßnahmen, die jedem Soldaten beim Eintritt in den Dienst auch in Friedenszeiten zur Pflicht gemacht werden, ist die zur Verhütung in erster Reihe notwendige Sauberkeit im Kriege häufig undurchführbar. Die Fußbekleidung mit Fußlappen an Stelle der Strümpfe hat den Vorzug, daß dieselben leichter zu wechseln, leichter zu reinigen und nach dem Waschen leichter zu trocknen sind; ferner schrumpfen dieselben, im Gegensatz zu den wollenen Strümpfen, nicht, und schadhafte, wenn auch gestopfte Stellen können bei den Fußlappen an die weniger empfindlichen Stellen des Fußes gelegt werden, während die gestopften Stellen der Strümpfe immer wieder an dieselben Stellen kommen und dort einen Druck ausüben, was besonders unter den Fersen und den Metatarsalballen unangenehme Wirkungen hervorruft. Für diejenigen Soldaten, die sich an Fußlappen nicht gewöhnen können, empfiehlt Pinkus das Übereinanderziehen von zwei ausreichend weiten Strümpfen. Der wollene Doppelstrumpf bildet eine außerordentlich elastische Unterlage und schützt im naßgewordenen Stiefel nicht nur vor dem Drucke des steifen und enger werdenden Leders, sondern auch vor der Durchnässung und übermäßigen Abkühlung des Fußes;

Digitized by Google

und ist dick genug, um auch beim Schweißfuß starke Transpirationsmengen aufzusaugen, und ermöglicht endlich das Wechseln, wenn man beim Anziehen die Reihenfolge ändert. Neben der geeigneten Umkleidung des Fußes sind die wichtigsten, hygienischen Maßnahmen zur Erhaltung einer guten elastischen Haut des Fußes Sauberkeit: Baden und fast noch besser Abreibungen mit Alkohol. In Frage kommen folgende meist leicht zu heilende Leiden: 1. Der Schweißfuß, den man durch formalinhaltigen Puder oder Abwaschen mit 10%iger Formalinlösung sehr eindämmen kann, damit nicht erst juckende Entzündungen und schmerzhafte Mazeration der Sohlenhaut hervorgerufen werden; neben dem Formalin sind kurzdauernde Salzsäurebäder, Chromsäurepinselungen, Salizylstreupulver und bei bereits eingetretener Mazeration Perubalsam oder Balsam Duret rein oder 10% mit Zinkpaste zu empfehlen. 2. Gegen die verdickte Hornhaut geht man am besten palliativ durch Abtragen mit dem Messer oder dem Hühneraugenhobel (dem Gilette nachgebildet) vor; bei kleineren Hühneraugen, besonders zwischen den Zehen ist Verätzung mit rauchender Salpetersäure, der man nach einigen Sekunden Wirkung reine Karbolsäure folgen läßt, empfehlenswert. 3. Das Einwachsen des Großzehennagels läßt sich leicht durch Unterschieben eines dünnen eventuell alkoholgetränkten Wattedochts verhüten. Stellen an der Sohle und an der Ferse, die bereits wund gescheuert sind, empfiehlt Pinkus durch glatte, faltenlose Leukoplastbedeckung vor einer eventuellen Infektion zu schützen; er meint, daß man bei der häufigen Unmöglichkeit eines Bades oder einer Fußwaschung tagelang mit einer solchen leukoplastgeschützten, künstlichen Sohle marschieren kann.

Was für den Fuß, gilt auch für die gesamte Haut, nämlich sorgfältige Reinigung durch Baden resp. Abreiben mit Wasser oder Alkohol. Es werden dadurch die sonst durch profuse Hautdrüsensekretion häufig hervorgerufenen intertriginösen Ekzeme vermieden, die besonders sich an den Gelenkfalten, den Achseln, den Inguinalgegenden und der Afterspalte zu entwickeln pflegen, und es wird der Ausbreitung von an sich ganz unerheblichen Dermatosen wie dem Erythrasma und dem Ekzema marginatum Einhalt getan. Für die Alkoholwaschung ist nicht immer absoluter Alkohol erforderlich, sondern es genügt auch, dünnerer Alkohol (50—60%), oder Franzbranntwein, Eau de Cologne, eventuell Kognak. Ebenso ist die Reinigung der Haut mit Alkohol in der Umgebung von kleinen Pusteln, aufgekratzten Insektenstichen, dringend empfehlenswert, um der Entstehung von Furunkeln vorzubeugen. Wie Pinkus mitteilt, sprechen alte Kämpfer aus ihren Erinnerungen vom Jahre 1870 von der Wanzen- und Läuseplage (Kopfhaare kurz schneiden!) und meinen, daß das, was man damals in französischen Quartieren erlebt habe, wohl auf dem östlichen Kriegsschauplatze auch zu erwarten stünde, und daß Insektenpulver kein Luxusartikel sei. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Generalarzt Rupert Blue, U.S.P.H.S., hat die Errichtung eines **nationalen Leprosariums** für die Vereinigten Staaten von Nordamerika beantragt. Die Zahl der zur Kenntnis der Sanitätsbehörden der Union gelangten Leprafälle beträgt zurzeit 146.

Prof. Alfred Fournier in Paris ist Ende Dezember, 82 Jahre alt, gestorben. (In Nr. 5 ist leider „Tournier" statt „Fournier" gedruckt worden.)

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.
Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. Februar 1915 | Nr. 7 | Band 60

Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe.

Von

J. Schumacher, Berlin.

Bei gelegentlichen Versuchen, ein absolut reiz- und farbloses Antigonorrhoikum aufzusuchen, das deshalb auch kein Silberpräparat sein sollte, um der Chemie und Photographie ein so wertvolles Element wie das Silber zu erhalten, zog ich auch das Ammoniumsalz der von Berthelot entdeckten Perschwefelsäure in das Bereich meiner Betrachtungen. Hat es doch die Fähigkeit, langsam Ozon in statu nascendi abzuspalten und aus Alkalisalzen der Halogene diese in Freiheit zu setzen.

Schien das Präparat so zur Gonorrhöetherapie eventuell geeignet, so fanden die theoretischen Betrachtungen in der Praxis volle Bestätigung.

Die wäßrigen Lösungen sind lange Zeit haltbar, organische Stoffe zersetzen sie nicht ohne weiteres, wie dies auch aus den Versuchen über ihre entwicklungshemmenden Fähigkeiten hervorgeht. Ihre biologische Wirkung beruht auf der Entwicklung von Ozon, das sich in statu nascendi entwickelt. Daneben entsteht Ammoniumsulfat.

Nach den chemischen und physikalischen Eigenschaften war von vornherein auf eine ziemliche Desinfektionskraft des Präparates zu schließen.

Die Literatur weist nur eine Arbeit aus dem Jahre 1894 von Wacker[1]) auf, der bereits Desinfektionsversuche mit Ammoniumpersulfat angestellt hat. Dieser Autor fand, daß Cholerabazillen durch eine 1%ige Lösung bereits nach einer Minute abgetötet wurden, daß eine 0,5%ige Lösung denselben Erfolg hatte nach einer Einwirkungszeit von drei Minuten. Erysipelstreptokokken wurden bereits von einer 0,5%igen Lösung nach einer Einwirkungszeit von einer Minute bei 21° C abgetötet. Der Staphylococcus pyogenes aureus wurde durch eine 3%ige Lösung nach einer Einwirkungszeit von fünf Minuten vernichtet. Ja, bei Versuchen mit Bac. pyocyaneus übertraf die 1%ige Lösung die Desinfektionskraft einer 1%igen Karbollösung. Auch fand dieser Autor, was wir ebenfalls bestätigen können, daß die Desinfektionskraft größer ist, wenn eine geringe Anzahl Bakterien verwandt wurde, was leicht zu verstehen ist, wenn man bedenkt, daß erstere lediglich auf einer Oxydation beruht.

Für einen von mir verwandten Kolistamm erwies sich die Desinfektionskraft nicht ganz so groß, wie Wacker für obige Bakterien gefunden hat, doch ist sie immerhin erheblich, wie aus den folgenden Unter-

[1]) Zbl. f. Bakt., 1894.

Digitized by Google

suchungen zu ersehen ist. Zunächst wurde so verfahren, daß je eine gleiche Menge Bakterienaufschwemmung in Wasser mit der gleichen Menge Desinfektionsmittel versetzt und verschieden lange Zeit bei Körpertemperatur stehen gelassen wurde. Durchschnittlich nach fünf Minuten gingen nur noch wenige zählbare Kolonien auf, nach acht Minuten war der Ausstrich stets steril. In einer anderen Versuchreihe wurden je 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung mit 30 ccm des Desinfektionsmittels versetzt und seiner Wirkung bei Körpertemperatur verschieden lange Zeit ausgesetzt.

Kontrolle: +++ ∞ Kolonien. 24 Stunden. Anzahl der Minuten der Einwirkungszeit bei 37° C.

	½	1	2	3	4	5	8	10	15
Ammoniumpersulfat 1% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit	++ ++ 47 Kol.	++ ++ 35 Kol.		+ ++ 22 Kol.		— + 9 Kol.	— —	— —	— —
Ammoniumpersulfat 1% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit	+++ ∞ Kol.	++ ∞ Kol.		+ 28 Kol.		+ 22 Kol.			— —
Ammoniumpersulfat 2% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit	+ 14 Kol.	+ 10 Kol.	+ 9 Kol.	+ 11 Kol.	+ 5 Kol.	+ 7 Kol.	—		
Albargin 1‰ + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit	+ 18 Kol. — —	+ 14 Kol — —		+ 5 Kol. — —		+ 3 Kol. — —	— — —	— — —	— — —
Ammoniumpersulfat 1% + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit + 0,5 ccm einer 1%igen KJ-lösung = 5 mg KJ	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
Chinosol 1‰ + 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung + 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit		+++		+		—	—	—	—

Ein Zusatz von dünner Kochsalzlösung analog obigem Jodkalizusatz zur Ammoniumpersulfatlösung konnte ihre Desinfektionskraft nicht erhöhen.

Aus diesen vergleichenden bakteriologischen Untersuchungen gewinnt man ohne weiteres eine klare Vorstellung, daß Ammoniumpersulfat dem Albargin an Desinfektionskraft nicht nachsteht, während es ihm durch seine absolute Reizlosigkeit, seine wasserklaren Lösungen, nicht zuletzt

Digitized by Google

seine Billigkeit geradezu überlegen ist. Lediglich in der Schnelligkeit der Abtötung übertreffen die Silberpräparate das Ammoniumpersulfat, was ja ganz erklärlich ist, da bei letzterem die Desinfektionskraft auf Oxydation beruht und dazu eben etwas Zeit nötig ist. Aber auch dieser Unterschied läßt sich sofort beseitigen, ja, die Lösung erreicht beinahe die Desinfektionskraft des Sublimats durch Zusatz von etwas Jodkalium, wodurch freies Jod entsteht, das, wie alle Halogene (Chlor, Brom und Jod), umgekehrt proportional dem Atomgewicht an Desinfektionskraft dem Sublimat nahe steht. Stärkere Jodlösungen bewirken allerdings Harndrängen, verdünnte dagegen machen keine Beschwerden; sie sind jedoch vollständig entbehrlich. Dieser Unterschied in der Schnelligkeit der Wirkung, der sich bei den Kulturversuchen zeigt, ist praktisch ohne Bedeutung, da ja die Desinfektionsflüssigkeiten immerhin längere Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bleiben, auch längere Zeit noch nach einer Spülung beispielsweise. Daß dieser Unterschied praktisch ohne Bedeutung ist, haben auch empirisch die klinischen Resultate gezeigt, die ich bereits vor der bakteriologischen Prüfung zur Verfügung hatte. Die therapeutisch erreichbaren Resultate sind die gleichen wie bei Albargin und den übrigen Silberpräparaten.

Daß sich Ammoniumpersulfat bei Berührung mit organischen Substanzen rasch zersetze und so unwirksam wäre, ist nicht zu befürchten. Daher kommt ihm auch neben der bakterientötenden Wirkung noch eine große entwicklungshemmende Eigenschaft zu, die den meisten Desinfektionsmitteln, deren Wirkung auf Oxydation beruht, wie Wasserstoffsuperoxyd, Kalipermanganat usw. in dem Grade fehlt, da sie sich mit organischen Stoffen zersetzen.

Um die entwicklungshemmenden Eigenschaften des Ammoniumpersulfats festzustellen, wurde wie folgt verfahren: Es wurden je 10 ccm flüssigen Agars bei ca. 40° mit 0,1 ccm einer Bakteriumkoliaufschwemmung versetzt und zu Platten gegossen. Der Versuchsplatte wurde 1 ccm einer 10%igen Ammoniumpersulfatlösung = 0,1 g außerdem beigefügt. Nach 24stündiger Brutzeit entwickelten sich auf der Kontrollplatte unzählige feinste, stecknadelkopfgroße Kolonien, während die Ammoniumpersulfatplatte steril war und blieb. Dieses Resultat war in mehreren Versuchen dasselbe, auch in einem mit Staphylococcus pyogenes aureus angestellten Versuch. Des weiteren wurden 100 ccm Urin und 100 ccm einer Mischung aus 50 ccm Urin und 50 ccm einer 1%igen Ammoniumpersulfatlösung, ferner weitere 50 ccm Urin mit der doppelten Menge Ammoniumpersulfatlösung mit je 0,1 ccm Koliaufschwemmung geimpft. Der Kontrollurin war schon nach wenigen Stunden trübe, der mit Ammoniumpersulfat versetzte Urin absolut klar. Nach Zentrifugieren ließen sich im Kontrollurin

Digitized by Google

am anderen Tage im Sedimente zahlreiche Kolibazillen nachweisen. Nicht dagegen im Ammoniumpersulfaturin. Ein Ausstrich auf Agar nach sieben Tagen ließ im Kontrollurin reichlich Kolikolonien aufgehen, während der Ausstrich des mit Ammoniumpersulfat versetzten Urins steril blieb. Erst am achten Tage ging im Ammoniumpersulfaturin eine kugelige Schimmelpilzkolonie auf. Im Urin jedoch, der die doppelte Menge Ammoniumpersulfat enthielt, geschah dies erst nach neun Tagen. Die $^1/_2$ %ige Ammoniumpersulfatlösung, die durch Verdünnung der 1%igen mit dem Urin entstand, war also nicht nur imstande, die Bakterienentwicklung zu hemmen, sondern sie hat sogar die eingeimpften Bakterien abgetötet bei Gegenwart organischer Substanzen.

Da Ammoniumpersulfat ein neutrales Salz ist und bei seiner Umwandlung neben Ozon Ammoniumsulfat, einen ebenso indifferenten Körper wie das ihm analog gebaute Glaubersalz, als Endprodukt liefert, so kann es auch in hoher Konzentration angewandt werden, die jedoch nach den Erfahrungen der Praxis und des bakteriologischen Experimentes entbehrlich sind.

Von der Prüfung an Gonokokkenstämmen glaubte ich absehen zu dürfen, da bereits vor der bakteriologischen Prüfung, wie erwähnt, die guten klinischen Resultate der Ammoniumpersulfattherapie zur Verfügung standen und das Präparat auch zur Bekämpfung anderer Infektionen der Harnröhre geeignet schien.

Seine weiteren Eigenschaften lassen sich bei einem Vergleich der Vorzüge des Präparates mit den organischen Silberpräparaten erkennen.

Der Hauptvorzug vor allen organischen Silberpräparaten liegt in der starken sekretionsbeschränkenden Wirkung des Ammoniumpersulfats, ohne daß es selbst ein Adstringens ist, dessen Anwendung in der ersten Behandlungszeit nicht indiziert wäre. Die Sekretionsbeschränkung erfolgt hauptsächlich durch Abtötung der Gonokokken, zum größten Teil wahrscheinlich aber durch hochgradige oxydative Zerstörung der Toxine und dadurch erfolgter Aufhebung der positiven Chemotaxis auf die Leukozyten. Dies machen die Versuche von Sieber sehr wahrscheinlich, der gezeigt hat, daß es gelingt, in kurzer Zeit Diphtherietoxin, Tetanotoxin und Abrin zu entgiften, wenn man sie mit H_2O_2 oder CaO_2 zusammenbringt. Der in statu nascendi entstehende Sauerstoff wird von dem Autor für die Entgiftung verantwortlich gemacht. Auf die eventuelle Verwendung des Ammoniumpersulfats zur intravenösen Injektion bei Infektionskrankheiten sei hiermit verwiesen. Möglicherweise lassen sich damit ebenfalls die Toxine zerstören, was für den Krankheitsverlauf von größter Bedeutung sein könnte.

Im Gegensatz zu den Silberlösungen ist Ammoniumpersulfat absolut

Digitized by Google

farblos, wasserklar löslich und erleidet auch keine Veränderungen durch Licht oder sonstige chemische oder physikalische Einflüsse, wodurch die lästigen Flecke in der Wäsche sowohl von Arzt als Patient vermieden werden.

Aus dem Präparat hergestellte Tabletten[1]) lösen sich innerhalb 5—10 Sekunden im Gegensatz zu den Tabletten der Silberpräparate, die zu einer Auflösung oft Stunden gebrauchen.

Während die Silberpräparate in der angewandten Konzentration ab und zu Reizwirkungen im Gefolge haben, ist dies beim Ammoniumpersulfat nicht der Fall, wie das ja auch von einem neutralen Salz nicht anders zu erwarten ist, zumal es kein Schwermetallsalz ist. Das Präparat ist außer zur Gonorrhoebehandlung auch zur Therapie anderer bakterieller Infektionen der Harnwege geeignet.

Es gestattet eine ausgedehnte Prophylaxe, da es auch in fester Form transportiert und mit einem indifferenten Körper verdünnt in Substanz angewendet werden kann.

In letzter Linie ist vielleicht noch sein billiger Preis ein nicht zu unterschätzender Vorzug.

Als einziger Nachteil des Präparates kommt in Betracht, daß Metallgegenstände durch die stark oxydierenden Eigenschaften des Präparates angegriffen werden, wenn sie längere Zeit in den Lösungen liegen, was sich jedoch vermeiden läßt, wenn sie gleich nach Gebrauch mit Wasser abgespült werden. Aus diesem Grunde verwendet man zweckmäßig Kautschukglasspritzen an Stelle von Metallspritzen, wenn keine Janetsche Einrichtung zur Gonorrhoebehandlung vorhanden ist.

Was nun die klinischen Erfahrungen anlangt, die sich auf ca. 25 Fälle erstrecken, so stehen die erreichten Resultate denen durch Silberpräparate erreichbaren nicht nach. Daß dies der Fall ist, läßt sich aus den mitzuteilenden Krankengeschichten leicht ersehen, von denen ich einige ausgewählt habe, die die Wirkung besonders klar zeigen. Die übrigen sind den angeführten ähnlich.

Gleich der erste mit Ammoniumpersulfat behandelte Fall akuter Gonorrhoe verlief abortiv mit Erfolg in der von den Silberpräparaten her bekannten Weise.

Fall 1, Kaufmann. 7. V. Kommt abends und gibt an, seit heute früh Ausfluß zu haben. Dünnes Sekret, Gc reichlich +++, teilweise intrazellulär liegend, Epithel spärlich. Erhält täglich zweimal eine Spülung mit 1%iger Ammoniumpersulfatlösung. Urin I getrübt, Urin II klar.

8. V. Kommt mit Nachturin. Gc —, L +, E +. Mittags derselbe Befund.

9. V. Gc —, Leukozyten unscharf, Epithel reichlich vorhanden, Sekret äußerst spärlich. Urin I klar, Fäden, Urin II klar.

[1]) Vorrätig Dr. Brettschneiders Apotheke, Berlin, Nr. 24.

Digitized by Google

10. V. Patient kommt stets mit Nachturin. Gc —, Epithel reichlich, L spärlich.

11. V. Gc —, Epitel reichlich, nur vereinzelte Leukozyten. Nach acht Spülungen während vier Tagen wird die Therapie eingestellt.

12. V. Kommt mittags mit Urin vom Abend vorher. Kein Sekret. Beim Auswischen der Harnröhre erhält man lediglich einige vereinzelte Epithelien.

13. V. Hat gestern abend Bier und Likör getrunken. Heute kein Sekret. Volle Blase seit zehn Stunden. Rein epithelialer Ausstrich. Urin absolut klar. (Die Überträgerin seiner Infektion ist inzwischen wegen Gonorrhoe ins Krankenhaus aufgenommen worden.)

16. V. Hat heute kein Sekret. Rein epithelialer Ausstrich, hat jeden Tag Alkohol genossen.

22. 8. Bei einer Konsultation $^1/_4$ Jahr später aus anderen Gründen erklärt Patient, damals gesund geblieben zu sein.

Fall 2, Leutnant. Seit einigen Wochen Gonorrhoe, die mit Albargin behandelt wurde.

13. V. Verunglückt heute beim Speerwerfen derart, daß ihm ein Speer den linken Fuß durchbohrte. Nachdem schon längere Zeit der Gonokokkenbefund negativ war, und die Harnröhre nicht die mindesten Entzündungserscheinungen aufwies, ist am Tage nach dem Unfall wieder reichlich dünnes eitriges Sekret vorhanden unter starker entzündlicher Mitbeteiligung der Harnröhre. Gonokokken massenhaft +++. Durchspülung der Harnröhre mit 1%iger Ammoniumpersulfatlösung. Am Abend injiziert Patient dieselbe Lösung.

14. V. Selbst auf Druck entleert sich nur ein Tropfen Sekret von weißlichgelber Farbe. Gc —, Urin I klar, Fäden, Urin II klar.

15., 16., 17. V. Gc —.

18. V. Gc spärlich +, gibt zu, gestern Sekt getrunken zu haben.

28. V. Nachdem die Gonokokken dauernd verschwunden geblieben und eine Provokation erfolglos blieb, wird Patient Mitte Juni geheilt entlassen.

Fall 3, B., Korrespondent. 26. V. Seit gestern Gonorrhoe, Gc +++, L +, Epithel spärlich, Urin I trübe, Urin II klar. Täglich eine Spülung mit Ammoniumpersulfatlösung 1%. Da er auf einige Tage nach außerhalb verreist, injiziert er lediglich dieselbe Lösung.

29. V. Kein Ausfluß, kein Präparat möglich, entzog sich der Weiterbehandlung und ist anzunehmen, daß in diesem Falle die Abortivkur von Erfolg begleitet war, da bei der letzten Konsultation bereits keine Symtome mehr bestanden, und mich der betreffende Herr als alter Patient anderenfalls sicher wieder aufgesucht hätte.

Fall 4, B., Medizinalpraktikant. 2. VII. Hat sich eine Injektion mit einem Antigonorrhoikum unbekannter Natur gemacht. Gc +, L +, erhält während 4—5 Tage täglich eine Spülung mit Ammoniumpersulfat nach Janet. Abortivkur ist gelungen und von meinem Vertreter nach wiederholten Vorstellungen gesund befunden worden.

Fall 5, P., Marinestabsarzt. Bakterielle Infektion der Harnröhre.

4. VII. Klagt über geringen Ausfluß und Verklebtsein der Harnröhre. Gc —, L +, B + (Stäbchen), E +, erhält Ammoniumpersulfatspülung nach Janet.

3. VII. L + spärlich, B +. Bakterieller Befund stets —, wird nach einigen Tagen gesund entlassen.

Wir sehen die prompte Wirkung des Präparates. Gleich der erste Fall verlief abortiv in derselben Art und Weise, wie wir dies auch von den Silberpräparaten gewöhnt sind. Ebenso Fall 3 und 4. Es ist daraus

Digitized by Google

zu ersehen, daß es also möglich ist, frische Fälle von Gonorrhoe in ebenso kurzer Zeit mit Ammoniumpersulfat zu kupieren wie mit den Silberpräparaten. Daß auch einige Mißerfolge bei der abortiven Behandlung zu verzeichnen waren, wird uns nicht wundernehmen, wenn wir uns der Gründe, die ja bekannt sind, die diese veranlassen können, erinnern. In Fall 2 sehen wir, wie die Gonorrhoe nach mehreren Wochen nochmals hochgradig akut wird infolge eines Unfalles. Die Erklärung ist wohl die, daß der Körper seine Schutzkräfte in vollem Maße auf die durch den Speerwurf bedingte Wundinfektion gerichtet hat und die Gonokokken daher imstande waren, nochmals festen Fuß zu fassen. Gleich nach der ersten Spülung sollten sie mit nur einer Ausnahme dauernd im Sekret verschwinden. Fall 4 demonstriert die Verwendung des Präparates auch zu anderen bakteriellen Infektionen der Harnwege. Für seine absolute Reizlosigkeit sprach noch folgende Tatsache: Ein Patient, der mit Albargin von anderer Seite vorbehandelt wurde und der nicht nur mit starkem Ausfluß und hochgradiger entzündlicher Mitbeteiligung der Schleimhaut nebst einem Ödem des Präputiums in meine Behandlung kam, vertrug in diesem Stadium Ammoniumpersulfat ohne Beschwerden, ja, am nächsten Tage waren zu meinem Erstaunen bereits alle hochgradig entzündlichen Symptome nebst der Sekretion auf ein Minimum herabgesunken trotz der eigentlich kontraindizierten Injektionstherapie.

Technisch wurde folgendermaßen verfahren: Rechtzeitig erscheinende Patienten wurden einer Abortivbehandlung unterworfen. Nach spontaner Harnentleerung wurde von Anfang an die Anterior und Posterior mit der 1 %igen Lösung nach Janet gespült. Nach der Spülung wurde die Blase entleert und der Patient erhielt nochmals eine Blasenfüllung von ungefähr 150—200 ccm, die er möglichst lange bei sich behalten sollte. Wenn er diese nach einigen Stunden entleerte, konnte er quasi eine weitere Spülung dadurch ersetzen, in derselben Weise, wie ich dies schon bei der Albargintherapie [1]) beschrieb. Zu Hause wurde anfänglich eine 1 %ige Lösung, später eine 2 %ige injiziert, die man acht Minuten einwirken ließ.

Die Verwendung des Ammoniumpersulfats zu einer kombinierten Therapie, Ammoniumpersulfat äußerlich, Jodkalium innerlich, worüber ich demnächst ausführlicher berichten will, behalte ich mir ausdrücklich vor.

Zusammenfassung.

Nach den mitgeteilten Krankengeschichten und den übrigen gemachten Erfahrungen komme ich zu dem Resultat, daß Ammoniumpersulfalt die Silberpräparate bei der Behandlung der Gonorrhoe völlig er-

[1]) Derm. Zbl.

Digitized by Google

setzen kann, ja sie in gewissen Eigenschaften sogar übertrifft. Seine Hauptvorzüge gegenüber den Silberpräparaten sind außer seiner absoluten Reizlosigkeit seine sekretionsbeschränkende Wirkung, die wahrscheinlich zum größten Teil auf hochgradiger oxydativer Zerstörung der Toxine und dadurch aufgehobener positiver Chemotaxis beruht. Ferner, daß seine Lösungen absolut wasserklar sind, keine Flecke in Wäsche von Arzt und Patient auch nicht nach Einwirkung des Lichtes erzeugen und seine Tabletten momentan wasserlöslich sind. Es eignet sich auch zur Behandlung anderer bakterieller Infektionen und kann somit eine allgemeinere urethrale Anwendung finden. Daß es in fester Form zu prophylaktischen Zwecken dienen kann, wird ein weiterer Vorteil sein. Sein billiger Preis endlich dürfte seine Verbreitung ungemein erleichtern.

Aus dem Institut für Hygiene der Kgl. Universität Turin
(Vorstand: Prof. Luigi Pagliani).

Experimenteller Beitrag zur Ätiologie der Pellagra.

Von

Dr. Karl Rühl.

(Schluß.)

Vergleichen wir nun die Beobachtungen, die ich bei den Tieren der Gruppen G und H machte, mit denjenigen, die ich bei Gn und Hn machte, so sehen wir, daß sich das rote Licht bei jungen, in ihrer Entwicklung begriffenen Tieren schädlich erwies, während es bei erwachsenen, vollentwickelten Tieren keine schädliche Wirkung entfaltete. Wo dieser schädliche Faktor allein wirkte, hatte er nur eine Verzögerung der Entwicklung zur Folge (Gruppe G), wo neben ihm noch ein weiterer schädlicher Faktor, nämlich die einseitige Maisdiät, mitwirkte, gingen 80% der Tiere zugrunde (Gruppe H). Offenbar handelt es sich hierbei nicht um eine schädliche Wirkung des roten Lichtes als solches, sondern um einen schädlichen Einfluß der Ausschließung der übrigen und besonders der chemisch aktiven violetten und ultravioletten Strahlen des Spektrums.

Diese Beobachtung steht mit von anderen Autoren gemachten ähnlichen Wahrnehmungen im Einklang. Young, der Versuche mit Eiern von einigen Amphibien und Fischen ausführte, fand, daß violettes Licht die Entwicklung in merklicher Weise beschleunigte und daß rote und grüne Strahlen sich schädlich erwiesen, so daß eine vollständige Entwicklung der Eier zu Embryonen nicht stattfinden konnte, während

Digitized by Google

Lichtabwesenheit die Entwicklung der Embryonen nicht verhinderte, aber verzögerte. Nach Freund soll violettes Licht die Entwicklung und das Gedeihen der Seidenraupen günstig beeinflussen, während bei Polypen das blaue Licht und überhaupt der ganze chemische Anteil des Spektrums das Wachstum befördern, rotes Licht und Dunkelheit die Wachstumsenergie hemmen soll. Leredde und Pautrier haben beobachtet, daß die blauvioletten Strahlen einen wachstumbeschleunigenden Einfluß auf Froschlarven ausüben. Poey hat gesehen, daß zwei Monate alte Ferkel sich in violettem Licht besser entwickelten als in weißem Licht, und gibt an, daß die violetten Strahlen einen ähnlichen günstigen Einfluß auf ein Kalb ausgeübt haben sollen, das äußerst schwach zur Welt gekommen war. Freund gibt an, daß man in Laboratorien die Beobachtung machen kann, daß Kaninchenjunge im Dunkeln zugrunde gehen. Jesionek erinnert daran, daß unter den Landwirten vielfach die Überzeugung herrscht, daß das Vieh in sonnigen Ställen besser gedeihe als in dunkeln.

Wenn ich nun meine Beobachtungen kurz zusammenfassen will, so komme ich zu folgenden

Schlußfolgerungen.

Man kann (weiße) Ratten während drei Monaten mit dem vitaminlosen Teile des Maiskorns füttern, ohne daß irgend welche Krankheitserscheinungen auftreten. Auch fressen Ratten, soweit sie genügend Maiskorn zur Verfügung haben, nur den zentralen, also vitaminlosen Teil der Körner, eine Tatsache, die, wenn man bedenkt, daß Tiere naturgemäß, d. h. ihrem alimentären Instinkte folgend, zuerst immer dasjenige als Futter wählen, was für ihren Organismus notwendig und zuträglich ist, jedenfalls nicht von zu unterschätzender Bedeutung ist. Meine Beobachtungen sprechen also gegen die Funksche Auffassung der Pellagra als eine Avitaminose und überhaupt gegen die von Funk behauptete Schädlichkeit einer vitaminlosen Diät.

Man kann (weiße und schwarze) Ratten während mehrerer Wochen und Monate unter der kombinierten Wirkung der ausschließlichen (oder fast ausschließlichen) Maisdiät und des Tageslichtes (und der Sonnenbestrahlung) halten, ohne daß pellagraähnliche oder irgend sonst welche Krankheitserscheinungen auftreten. Diese Beobachtung spricht gegen die Raubitschekksche Auffassung der Pellagra als eine Folge einer photodynamischen Wirkung.

Gegen die Raubitschecksche Theorie spricht übrigens eine weitere Beobachtung, die ich machen konnte, und zwar folgende:

In der Gegend (Tal von Champorcher im Piemont), in der ich

Digitized by Google

meine Sommerferien zu verbringen pflege, begeben sich gewöhnlich die Hirten mit ihrem Vieh (Kühe, Schafe, Ziegen) im Juni nach dem Hochgebirge und kehren erst gegen Mitte September zurück; während dieser drei Monate ernähren sie sich fast ausschließlich mit Mais (in Form von Polenta) und Milchprodukten (hauptsächlich entrahmte Milch und magerem Käse) und verbringen den allergrößten Teil des Tages im Freien unter der jedenfalls stark scheinenden Sonne. Sie leben also unter Verhältnissen, die die denkbar günstigsten für die Entstehung der Pellagra sein würden, wenn die Ätiologie von dieser wirklich auf einer photodynamischen Reaktion beruhte. Ich habe nun im vorigen Sommer in der ganzen Gegend und besonders in dem höheren Teile des Tales (2000 bis 2800 m ü. M.) eine Umfrage gehalten und sämtliche Bewohner der Sennhütten untersucht, konnte aber bei etwa 100 Personen, die seit mehreren Jahren den Sommer im Hochgebirge verbringen und damals seit mehr als zwei Monaten auf den Höhen lebten, und die ich untersuchte, keinen einzigen Fall von Pellagra oder auch nur von pellagraähnlichen Erscheinungen beobachten.

Literatur.

Alessandrini, G., Nuove ricerche sulla etiologia della pellagra. Policlinico, S. P., 1910, Nr. 20. — Alessandrini, G., Nuove ricerche sulla etiologia della pellagra. Policlinico, S. P., 1910, Nr. 26. — Alessandrini, G., Sulla pellagra in Italia. — Osservazioni epidemiologiche. Annali d'Igiene sperim., 1910, Bd. 20, Nr. 4. — Alessandrini u. Scala, A., Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra. Annali d'Igiene sperim., 1914, Bd. 24. — Alessandrini u. Scala, Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Pellagra. Zschr. f. Chemother. u. verw. Geb., 1914. — Alvisi, L'estratto acquoso di mais guasto come mezzo diagnostico di pellagra. Rivista pellagrologica italiana, 1912, Nr. 6. — Aschoff, Handb. der allg. Path. von Krehl und Marchand. Bd. 1, S. 159. — Audenino, G., Mais e Pellagra. Contributo sperimentale allo studio del problema etiologico della pellagra. Archivio di Antropolog. crimin., Psichiatria e Medicina legale, 1913, Bd. 34, Nr. 1. — Bezzola, Beitrag zur Kenntnis der Ernährung mit Mais. I. Einwirkung der Maisfütterung auf Meerschweinchen. Zschr. f. Hyg., 1907, Bd. 56. — Busck, G., Über die Pathogenese des Buchweizenexanthems. Mitt. aus Finsens Med. Lysinst., 1905, Nr. 9. — Carbone u. Cazzamalli, Studi sulla eziologia della pellagra. Soc. ital. di Igiene, 1914, Nr. 4 u. 51. — Centanni, E. u. Galassi, C., Sul doppio effetto, tossico e unilaterale, dell' alimentazione maidica. Atti dell' 8ª Riunione della Soc. Ital. di Patologia, 1913, S. 142. — Cesa-Bianchi, D., Ricerche sulla pellagra. Atti della Soc. lombarda di Science mediche e biologiche, Bd. 3, Nr. 1. — Cesa-Bianchi, D., Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sulla pellagra. Clinica Medica Italiana, 1914. — Cesa-Bianchi, D., Sulla presunta reazione di ipersensibilità dei pellagrosi. Pathologica, 1914, Nr. 132. — Cesa-Bianchi, D. und Vallardi, C., Maisernährung und Überempfindlichkeit gegen Maisextrakte. Zschr. f. Immunitätsforschung und exper. Ther., 1912, Bd. 15, Nr. 4—5. — Dafert u. Kornauth, Über die Verwendung von verdorbenem Mais in der Landwirtschaft und in ihren Gewerben. Mitt. der landwirtschaftl.-chem. Versuchsst.: Ref. Zbl. f. Chemie, 1909, I. — Dreyer, G., Sensibilisierung von Mikroorganismen und tierischen Geweben. Mitt. aus

Digitized by Google

Finsens Med. Lysinst., 1904, Nr. 7. — Essinger, L., Über die Wirkung photodynamischer Stoffe auf Fadenpilze. Inaug.-Diss., München 1905. — Finato, L. u. Novello, F., Ricerche sulla ipersensibilità dei pellagrosi. Gaz. internaz. di Med. e Chir., 1913, Nr. 44. — Fischer, H. u. Meyer-Betz, Zur Kenntnis der Porphyrinbildung. Zschr. f. physiol. Chemie, 1912, Bd. 82. — Freund, Grundriß der gesamten Radiotherapie, 1903. — Funk, C., Diät und diätetische Behandlung vom Standpunkt der Vitaminlehre. M. m. W., 1913, Nr. 17. — Funk, C., Zschr. f. physiol. Chemie, 1913, Bd. 88. — Funk, C., Die Vitamine: ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1914. — Funk, C., Prophylaxe und Therapie der Pellagra im Lichte der Vitaminlehre. M. m. W., 1914, Nr. 13. — Hausmann, W., Über die photodynamische Wirkung chlorophyllhaltiger Pflanzenextrakte. Biochem. Zschr., 1904, Bd. 12, Nr. 3—4. — Hausmann, W., Über die sensibilisierende Wirkung tierischer Farbstoffe und ihre physiologische Bedeutung. Biochem. Zschr., 1908, Nr. 14. — Hausmann, W. u. Kolmer, W., Über die sensibilisierende Wirkung pflanzlicher und tierischer Farbstoffe auf Paramäzien. Biochem. Zschr., 1908, Nr. 15. — Hausmann, W. u. Pribram, E., Über die zerstörende Wirkung der Galle auf Toxine und Antitoxine bei Belichtung. Biochem. Zschr., 1909, Nr. 17. — Hirschfelder, Gibt es besondere fluoreszierende Substanzen im Serum bei Pellagra. Zbl. f. Bakt., 1912, Orig., Bd. 66, Abt. I. — Horbaczewski. Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Ätiologie der Pellagra. Österreich. Sanitätswesen, 1910, Nr. 31, Beil.; u. 1912, Nr. 21. — Hüssy, P., Zur klinischen Bedeutung der Vitamine. M. m. W., 1914, Nr. 18. — Jakobsohn, La fluorescence et la tuberculin-réaction précoce. C. r. Soc. de Biol., Bd. 56. — Jakobson, R., Über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Flimmerepithel. Inaug.-Diss., München 1901. — Jamada u. Jodlbauer, Die Wirkung des Lichtes auf Paroxydase und ihre Sensibilisierung durch fluoreszierende Stoffe. Biochem. Zschr., 1908, Bd. 8. — Jesionek, A., Lichtbiologie und Lichtpathologie. Prakt. Ergebnisse a. d. Gebiet der Haut- u. Geschlechtskrankheiten, 1912, Bd. 2. — Jodlbauer, A., Über die Bedeutung der Sauerstoffanwesenheit bei der photochemischen Reaktion im Eder-schen Gemisch und in Eisenoxydlösungen. Zschr. f. physiol. Chemie, Bd. 59, Nr. 5. — Jodlbauer, A., Die sensibilisierende Wirkung fluoreszierender Stoffe (photodynamische Erscheinung). Jahrbücher üb. Leist. u. Fortschr. auf d. Gebiete der physik. Mediz., 1908, Nr. 1. — Jodlbauer, A. u. v. Tappeiner, Über die Wirkung photodynamischer (fluoreszierender) Stoffe auf Bakterien. M. m. W., 1904, Nr. 25. — Jodlbauer, A. u. v. Tappeiner, Wirkung der fluoreszierenden Stoffe auf Spalt- und Fadenpilze. D. Arch. f. kl. Med., 1905, Bd. 84. — Jodlbauer, A. u. Busck, G., Über die Wirkung von Fluoreszein und Fluoreszeinderivaten im Licht und im Dunkeln. Arch. intern. de Pharmacodynamie et de Thérapie, 1905, Nr. 15. — Lavinder, The prevalence and geographical distribution of pellagra in the United States. U. S. Publ. Health. Rep. for the year 1912. — Ledoux-Lebard, Action de la lumière sur la toxicité de l'éosine et de quelques autres substances. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1902, Nr. 16. — Leredde u. Pautrier, Photothérapie, Photobiologie. Paris 1903. — Lewin, L., Über photodynamische Wirkungen von Inhaltsstoffen des Steinkohlenteerpechs am Menschen. M. m. W., 1913, Nr. 28. — Lode, W. kl. W., 1910, Nr. 31. — Morpurgo, Giornale della R. Accad. di Med., 1914, Nr. 1, S. 25. — Nightingale, Zeism or pellagra. Brit. m. J., 1914. — Pfeiffer, H., Über die Wirkung des Lichtes auf Eosin-Blutgemische. W. kl. W., 1905, Nr. 9 u. 13. — Pisenti, G., L'ortodossia pellagrosa. Perugia 1912. — Pory, Influence de la lumière violette sur la croissance de la vigne, des cochons et des taureaux (zit. nach Jesionek). — Prieme, G., Des accidents toxiques produits par l'éosinate de sodium. Paris 1900. — Quiring, W., Weitere Untersuchungen über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Labferment. Inaug.-Diss., München 1905. — Raab, O., Über die Wirkung fluoreszie-

Digitized by Google

render Stoffe auf Infusorien. Inaug.-Diss., München 1900. — Raab, O., Weitere Untersuchungen über die Wirkung fluoreszierender Stoffe. Zschr. f. Biologie, Bd. 44. — Radaeli, F. u. Crevidalli, A., Ricerche sperimentali sull' azione fotodinamica dell' ematoporfirina. Rendiconti XV Riunion. Soc. di Dermatologia e Sifiligrafia, 1913, S. 418. — Raubitschek, H., Zur Pathogenese der Pellagra. W. kl. W., 1910, Nr. 26. — Raubitschek, H., Zur Kenntnis der Pathogenese der Pellagra. Zbl. f. Bakt., Orig., 1911, Bd. 57, Nr. 9, Abt. I. — Raubitschek, H., Zur Frage einer spezifisch-diagnostischen Reaktion bei Pellagra. D. m. W., 1912, Nr. 46. — Riegner, H., Über die Wirkung photodynamischer Substanzen auf Labferment. Inaug.-Diss., München 1904. — Rondoni, P., Influenza dell' alimentazione maidica e della luce solare sui topi, in rapporto alla teoria fotodinamica della pellagra. Lo Sperimentale, 1911, Bd. 64, Nr. 9. — Rondoni, P., Sulla ipersensibilità delle cavie maidizzate di fronte al siero di sangue dei pellagrosi con considerazioni sulla genesi della pellagra. Riv. pellagrol. ital., 1914. — Sacharoff und Sachs, H., Über die hämolytische Wirkung der photodynamischen Stoffe. M. m. W., 1905, Nr. 7. — Salvendi, N., Über die Wirkung der photodynamischen Substanzen auf weiße Blutkörperchen. D. Arch. f. kl. Med., 1906, Bd. 87. — Sormani, C., Ricerca sperimentale sulla teoria fotodinamica della pellagra. Atti del 5° Congresso pellagrologico italiano, Pavia 1912, Ed. Mattei. — v. Tappeiner, Über die Wirkung fluoreszierender Stoffe auf Infusorien nach Versuchen von O. Raab. M. m. W., 1900, Nr. 1. — v. Tappeiner, Die photodynamische Erscheinung (Sensibilisierung durch fluoreszierende Stoffe). In: Asher und Spiro, Ergebnisse der Physiologie, 1909, Nr. 8. — v. Tappeiner und Jodlbauer, A., Über die Wirkung der photodynamischen (fluoreszierenden) Stoffe auf Protozoen und Enzyme. D. Arch. f. kl. Med., 1904, Bd. 80. — Umnus, O., Die photobiologische Sensibilisierungstheorie in der Pellagrafrage. Zschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Ther., 1912, Bd. 13, Nr. 5. — Volpi, Ghirardini u. Zuccari, Riv. pellagrologica, 1913. — Volpino, Atti del Congr. Pellagrol., Bergamo 1912. — Volpino, G., Sulla presenza di sostanze protettrici nella cariosside di grano turco e sulla reazione di ipersensibilità dei pellagrosi. Pathologica, 1914, Nr. 129. — Volpino, G., Il monofagismo ed i suoi rapporti con la pellagra. Gazzetta internaz. di Med. e Chirurg., 1914, Nr. 14. — Volpino, G., Riv. pellagrologica italiana, 1914, Bd. 14, S. 18. — Volpino, G., Policlinico, S. P., 1914, Bd. 21, S. 349. — Volpino, Bordoni, Mariani u. Alpago-Novello, Ricercho sulla pellagra. Note 1ª u. 2ª. Riv. di Igiene e Sanità Publica, 1912. — Wellman u. Sparks, On. „Winter Cases" of Pellagra. J. of trop. Med. and Hyg., 1912, Nr. 15. — Young, E., De l'influence de différents couleurs du spectre sur le développement des animaux. Arch. de Zool. exp. et gén., 1878, Bd. 8. — Zeller und Jodlbauer, Die Sensibilisierung der Katalase. Biochem. Zschr., 1908. Bd. 8.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

Mai 1914.

1. Die Klinik der Syphilis im Lichte der Entdeckungen des 20. Jahrhunderts, von J. N. Bloom-Louisville. In den vier Jahrhunderten — vom Ende des 15. bis zum Ende des 19. Jahrhunderts — hat sich in der Therapie der Syphilis nichts Wesentliches geändert. Bald nach Einbürgerung der Krankheit in Europa kam das Hg als Heilmittel für dieselbe in Anwendung, und zwar zuerst in Form von Inunktionen. Das Hg behauptete seinen Platz als bestes Antisyphilitikum, wenn auch die Methoden der Einfüh-

Digitized by Google

rung insofern variierten, als neben den Inunktionen, d. h. der Einführung durch die Haut, sich auch diejenigen per os, ferner durch Inhalationen und endlich durch Injektionen Eingang verschafften. Das zirka im Jahre 1820 empfohlene Jod wurde zwar auch vielfach verabreicht, aber stets nur neben dem Hg. Dieser vierhundertjährige Stillstand erlitt den ersten Stoß, als im letzten Vierteljahrhundert des 19. Säkulums nach der Entdeckung der Tuberkelbazillen durch Koch auch für die Syphilis die Krankheitserreger von allen Seiten durch Kulturmethoden und Tierexperimente gesucht wurden, bis im Laufe eines Dezenniums vier große Entdeckungen erfolgten, die neue Aufklärung über das Wesen der Syphilis und neue Richtlinien für die Behandlung brachten, 1. die Entdeckung der Möglichkeit, die Syphilis auf niedere Tiergattungen zu überimpfen und an den Impftieren Studien zu machen. Die Wirksamkeit der von Roux und Metschnikoff zur Prophylaxe empfohlenen $33^1/_3\%$ Kalomelsalbe ist nach dem Verfasser noch „sub judice"; 2. die Entdeckung der Spirochaeta pallida als des Erregers der Syphilis; 3. die Entdeckung der Wassermann-Reaktion; 4. die Entdeckung einer Arsen-Medikation, die die Parasiten tötet, ohne den sie beherbergenden Organismus zu schädigen.

Die Spirochaeta pallida ließ sich in allen Affektionen des I., II. und III. Stadiums der Syphilis, neuerdings auch in den sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen nachweisen, und ohne Übertreibung kann man sagen, daß mehr als 1 Million WR in der gesammten Welt gemacht und ebensoviel Salvarsan-Injektionen verabreicht worden sind.

Der Verfasser erörtert dann ausführlich die Frage, ob positive WR immer ein Symptom einer noch aktiven Syphilis sei oder nur ein Zeichen für eine irgendwann einmal stattgehabte und ausgeheilte Infektion; damit steht im Zusammenhang die Frage, ob man auf eine solche positive WR hin bei einem gesunden Menschen, dessen Erkrankung mehrere Jahrzehnte zurückliegt, der inzwischen verheiratet und Vater gesunder Kinder ist, nach Durchführung einer Reihe von Kuren seit vielen Jahren keinerlei Manifestationen der Syphilis gehabt hat, von neuem mit einer Behandlung beginnen solle, bis die Umwandlung der Reaktion zur negativen gelungen ist. Verfasser betont, daß man speziell in Deutschland von alleiniger Salvarsanbehandlung ganz abgekommen zu sein scheint und sogar für die Hg-Behandlung die energischste Form derselben zu wählen pflege, nämlich: intramuskuläre Injektionen mit unlöslichen Salzen.

Der Verfasser bemerkt dann, daß er in den ersten $1^1/_2$—2 Jahren keine Intervalle in der Behandlung eintreten läßt, da er der Meinung ist, daß die erste Zeit post infectionem zu kostbar wäre, um Monate unausgenützt verstreichen zu lassen. Von seinem Material berichtet Bloom, daß er 18 Monate Altsalvarsan und ebensolange Neosalvarsan, und zwar in $^4/_5$ der Fälle intravenös angewendet habe; da er nicht jederzeit WR hätte anstellen lassen können, so könne er nur schätzungsweise sagen, daß er weder in bezug auf die augenblickliche klinische Wirkung, noch auf die Rezidive einen Unterschied zwischen den beiden Präparaten hätte feststellen können.

Die noch mangelhafte Wirksamkeit der Arsenobenzolpräparate bei spezifischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und des Gefäßsystems schiebt Bloom darauf, daß beim Sitze der Erkrankungen in wenig vaskularisierten Gewebsstellen das Mittel nicht an die erkrankten Herde herankommen könne. Die Versuche von Swift und Ellis mit Injektionen von salvarsanisiertem Serum stecken nach des Verfassers Meinung noch in den Kinderschuhen. Überhaupt würden noch Jahre vergehen, ehe man die Wirkung der Arsenobenzolpräparate präzis werde bewerten können, und es bestände die Hoffnung, daß morgen oder sehr bald ein neues Präparat gefunden werden könne mit größeren therapeutischen und geringeren toxischen Effekten. Der Verfasser hofft auf weitere Vereinfachung in der Technik der intravenösen Injektionen. Bloom selbst empfiehlt für frische, unbehandelte Syphilis ungefähr folgendes Behandlungsschema: Zuerst nach gründ-

Digitized by Google

licher Untersuchung des Allgemeinzustandes eine intravenöse Injektion von Alt- oder Neosalvarsan, sofort im Anschluß daran acht intramuskuläre Hg-Salizyl-Injektionen, dann eine zweite Salvarsan-Injektion und anschließend eine sechswöchige Hg-Inunktionskur mit einer Schlußinjektion von Salvarsan. Da dann die Patienten gegen sofortige weitere Injektionen oder Inunktionen zu streiken pflegen, so gibt der Verfasser für zwei bis drei Monate Hg per os und stellt dann eine WR des Blutes und eine genaue Liquoruntersuchung an. Falls keine neuen klinischen Manifestationen auftreten, setzt Bloom das Hg-Verfahren mit Unterbrechungen von ein bis zwei Wochen zwischen jeder Kur (er rechnet 30 Einreibungen gleich zwölf Injektionen mit unlöslichen Hg-Salzen) fort; im andern Falle gibt er noch ein bis zwei Salvarsaninjektionen und dann fast ohne Unterbrechung Hg bis zum Ende des zweiten Jahres; nur im Notfalle läßt er Pausen eintreten, in denen er Jod verabfolgt. Im dritten Jahre gibt er je nach dem Ausfalle der WR wieder in langen Perioden Hg mit oder ohne Salvarsan. Im vierten Jahre will er zweimal je drei Monate lang Hg einverleiben und je nach dem Ausfall der WR Salvarsan und Jod. Die Hauptergebnisse der Entdeckungen der letzten Dekade faßt der Verfasser in neun Punkte zusammen, die im folgenden gipfeln: Durch den mikroskopischen Nachweis der Spirochäten und den Ausfall der WR sind wir oft in die günstige Lage versetzt, vor einer Allgemeininfektion des Organismus mit unsern Heilmitteln (Hg und Arsenobenzol) einzugreifen und so die allgemeine Durchseuchung des Körpers zu hindern oder wenigstens sehr abzuschwächen. Durch die WR auf die Antikörper sind wir in der Lage, ungefähr zu bestimmen, wieweit und ob uns die Heilung gelungen ist, und durch die Untersuchung des Liquors sind wir über das eventuelle Befallensein des Zentralnervensystems orientiert. In der folgenden Debatte bemerkt H. Dabney, daß er bei der sehr großen Anzahl von Fällen von Syphilis III habe konstatieren können, daß nicht das Alter der Patienten oder das Geschlecht oder ihre soziale und finanzielle Position oder ihre Erziehung irgend einen Anhalt für die Statistik über das Vorkommen von tertiären Erscheinungen liefere, sondern nur die ungenügende, wenig sorgsame Behandlung der Kranken im Frühstadium; meist seien dieselben nach ein oder zwei Hg-Kuren gelegentlich nach Hot Springs geschickt worden mit dem Bemerken, sie hätten nur einen „Anflug" von Syphilis gehabt. Weiterhin fällt Herrn Dabney der Widerspruch auf, daß Dr. Bloom vor Jahren festgestellt habe, daß bei genügend langer Behandlung kaum 4% der Syphilitiker tertiäre Erscheinungen bekämen, während er jetzt betone, daß trotz langer und intensiver Behandlung 66—75% noch positive WR zeigten; danach scheine ihm, selbst wenn man Fehlerquellen bei der Ausführung der Reaktionen in den Laboratorien annähme, doch noch nicht erwiesen, daß jede positive WR ein Zeichen von noch aktiver Syphilis sei. Im Anschluß berichtet er kurz einen Fall, wo eine positive WR bei sonstigem Fehlen aller Symptome von Syphilis bei einem Kinde zu der falschen Diagnose „Syphilis" und dementsprechender Behandlung geführt hatte; dadurch war die richtige Diagnose einer Hirnzyste übersehen resp. zu spät gestellt worden, und trotz sofortiger Operation blieb das Kind blind, mit einer Lähmung der linken unteren Extremität; da Herr Dabney noch ähnliche Fälle gesehen habe, so berechtige nach seiner Ansicht beim Fehlen aller andern Symptome ein positiver Ausfall einer WR nicht zur Stellung der Diagnose „Syphilis". Von den folgenden Rednern plädiert Herr H. Köhler für die intramuskulären Salvarsan-Injektionen, und Dr. Bloch berichtet von seinen der Zahl nach geringen aber günstigen Erfahrungen speziell mit Neosalvarsan intravenös bei syphilitischen Augenerkrankungen. Er betont aber sehr energisch, daß er speziell bei hereditärer Syphilis sehr gute Erfolge mit reiner Hg-Therapie gehabt habe, und macht vor allen Dingen auf die enorme Schädlichkeit des Alkohols für alle Syphilitiker aufmerksam und erhofft in diesem Punkte weitere Aufklärungen von Dr. Bloom.

Digitized by Google

Herr Irvin Tabell erwähnt einen Fall von Sarkom, in welchem die WR positiv war, und bittet Herrn Bloom um eine Aufklärung über diejenigen Fälle, in denen trotz Fehlens von Syphilis die WR positiv ausfällt. In seinem Schlußwort sagt Herr Bloom: Selbstverständlich hat ein WR-Ergebnis nur dann einen Wert, wenn dieselbe von einem zuverlässigen Manne gemacht worden ist und dann auch nur, wenn das betreffende Individuum, dessen Blut serologisch untersucht werden soll, nicht mehr unter unmittelbarem Einflusse von Hg steht. Die Frage, ob eine positive WR immer ein Zeichen von noch aktiver Syphilis ist, beantwortet er mit einem offenen: „Ich weiß es nicht", d. h. er selbst glaubt an die große Bedeutung der Reaktion und würde in den weitaus meisten Fällen empfehlen, Kuren einzuleiten, besonders da keine Krankheit teils absichtlich, teils unwissentlich, so oft von den Patienten in der Anamnese verschwiegen wird als die Syphilis, und zwar geschieht das auch von seiten sonst verständiger und einsichtiger Patienten. Was die Erteilung des Heiratskonsenses anlangt, so besteht nach Bloom die Fournierssche Ansicht: „daß er weder seine Tochter noch sein Mündel einem Syphilitiker zur Frau geben würde, dessen Infektion nicht mindestens fünf Jahre zurückläge, und der nicht in diesen fünf Jahren gründlich behandelt worden wäre", noch heute fast uneingeschränkt zu Recht. Es sind Fälle bekannt, in denen auch nach fünf Jahren eine Übertragung vom Manne auf Frau und Kind stattgefunden hat, aber im allgemeinen könne man diesen Zeitraum als Maßstab nehmen, wenn in demselben eine intensive Behandlung stattgefunden hat. Auch hierfür liefert die WR, besonders die häufiger wiederholte, einen guten Anhaltspunkt.

In bezug auf die Salvarsan-, resp. Neosalvarsanmedikation kann er nur wiederholen, daß er nur Günstiges gesehen habe, daß er aber ein definitives Urteil darüber wie über die bessere Injektionsmethode nicht abgeben könne. Den Alkoholgenuß hält Bloom für jeden Syphilitiker für höchst verderblich und für die Syphilis des Zentralnervensystems prädisponierend. Daß die WR außer bei Lues auch bei Lepra, Scharlach und auch einigen andern Krankheiten positiv ausfallen kann, ist bekannt. Zum Schlusse warnt Bloom davor, bei einem Syphilitiker jede folgende Erkrankung, speziell Hauterkrankungen (wie Ekzeme und Urtikaria), auf die Syphilis zu beziehen und zu glauben, daß die Lues die Quelle aller Übel sei.

2. Über die Sero-Enzym-Probe auf Syphilis, von F. W. Baeslack-Detroit. Der Verfasser wurde angeregt durch die Erwägungen, die den Reaktionen von Abderhalden, Freund, Jessen, Fischer und anderen erst für die Diagnose der Schwangerschaft, dann von Tumoren, Hirnerkrankungen usw. zugrunde liegen. Er versuchte nun mittels eines Reagens, das er sich aus syphilitischem Gewebe (speziell Gummata) herrichtete, eine Methode, die Syphilisdiagnose zu finden, mit der feiner und exakter gearbeitet werden könnte als mit der WR. Im kurzen Referate, besonders da es sich nur um eine vorläufige Mitteilung handelte, lassen sich die Versuche von Baeslack nicht wiedergeben. Es sei nur erwähnt, daß er unter acht Fällen von Syphilis I dreimal mit seiner Sero-Enzym-Reaktion einen positiven Erfolg hatte, in denen die WR noch negativ ausgefallen war; auch bei frischer Syphilis II erzielte er von 18 Fällen viermal ein positives Ergebnis, während die WR noch negativ geblieben war. Verfasser verspricht sich große Erfolge von seinen Versuchen.

3. Über Strikturen in der Harnröhre des Mannes, von F. G. Mc Carthy-Terre Haute. Die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose und Therapie der Harnröhrenstrikturen ist nicht nur bedingt durch die Häufigkeit des Vorkommens, sondern besonders durch die vitale Rolle, welche die Urethra für alle Organe des Urogenitalsystems spielt. Der Verfasser unterscheidet zwischen organischen und spastischen Strikturen. Die letzteren werden oft von einer kongenitalen Striktur am Meatus im Bulbus ausgelöst; sie

Digitized by Google

treten nur zeitweilig auf und sind nur ein passageres Hindernis beim Urinieren, das durch Medikamente beeinflußbar ist.

Die organischen oder fibrösen Strikturen, die meist im Lebensalter von 20—40 Jahren auftreten, und welche Folgeerscheinungen eines entzündlichen Prozesses sind, teilt der Verfasser in einfache lineäre, anuläre und geringelte Strikturen. Als häufigste Ursache betrachtet McCarthy die Blennorrhoe und zwar mehr die Akutität des Prozesses als die Dauer; er nimmt an, daß die heftige, akute Entzündung die Striktur und diese ihrerseits die Langwierigkeit des Prozesses veranlaßt. Auch nimmt der Verfasser an, daß nach einer einmal überstandenen Blennorrhoe die Schleimhaut fast nie mehr ihre normale Struktur wiedergewinnt. Die schlimmsten Formen von Strikturen sieht man aber oft nach Traumen, die das Perineum erlitten hat, und die längst von dem Patienten vergessen worden sind.

Strikturen nahe am Orificium sind oft Folgen von harten oder weichen Schankern. Obwohl von seiten der Ärzte durch unvorsichtiges Umgehen mit den Instrumenten oder zu stark reizenden Injektionsmitteln gewiß gelegentlich Strikturen hervorgerufen werden, so ist doch sicher die große Mehrzahl derselben auf Rechnung von zu scharf wirkenden Antiblennorrhoizis zu setzen, die der Patient selbst oder irgend ein Drogist zur Anwendung gebracht hat; wird ja doch bei keiner Krankheit so viel Kurpfuscherei getrieben als gerade bei der Blennorrhoe. In bezug auf die Behandlung sei nur kurz referiert, daß der Verfasser bei leicht reizbaren, sehr straffen Strikturen die Behandlung mit dem Messer derjenigen durch Sonden resp. Bougies vorzieht, und zwar bei Strikturen in der Pars anterior durch Urethrotomia interna; bei solchen in der Pars posterior rät der Verfasser zur Urethrotomia externa. In jedem Falle von Strikturenbehandlung — ob blutig oder unblutig — ist aber die größte Vorsicht und Sorgfalt geboten; selbst dann können sich bei jedem Dehnungsversuche Schüttelfrost und Fieber einstellen. Es folgen dann noch Vorschriften allgemeiner Art über Darreichung von Alkalien, Urotropin, heißen Sitzbädern, Kokainisieren, Diät usw., die nichts Neues bringen.

Zum Schluß bemerkt der Verfasser, daß die Zahl der Strikturen erheblich abgenommen habe, was wohl daran liegt, daß die Laienwelt, über die Gefahren der Blennorrhoe mehr aufgeklärt, sich von Sachverständigen behandeln läßt, und daß wir gelernt haben, lieber vorsichtig und mit Geduld als brüsk die Blennorrhoe zu behandeln.

4. Wie schafft man die Geschlechtskrankheiten aus der Welt? von Robert A. Bachmann-U. S. N. Verfasser betont, daß die Prostitution eine Frage der Ethik, die Unterdrückung und Beseitigung der Geschlechtskrankheiten eine Frage der Allgemeinheit sei. Beide sind eng, aber nicht untrennbar verbunden. Auch wenn es gelänge, die Prostitution gänzlich abzuschaffen, könnten Geschlechtskrankheiten bestehen bleiben. In der Prostitutionsfrage spielt eine erste Rolle die Erziehung, und eine rationelle allgemeine wie sexuelle Erziehung wird einen großen Einfluß auf die Ausbreitung der Prostitution haben, — nicht direkt so für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; hier kommt nicht einmal eine direkte sexuelle Aufklärung so sehr in Betracht, wie zwei Tatsachen beweisen: 1. daß der Prozentsatz der venerisch Erkrankten unter den Medizin Studierenden kein geringerer ist als im allgemeinen bei Männern. und 2. daß trotz der vorzüglichen Instruktionen, welche die Landarmee wie die Marine auf diesem Gebiet erhalten, keine so bedeutende Abnahme der Geschlechtskrankheiten zur Folge hat, wie man erwarten müßte. Das gleiche gilt von der zweiten Hauptmaßregel gegen die Prostitution, „der Kontrolle". Bei strenger Durchführung derselben wird die Prostitution vielleicht ihre Form wechseln, aber die Geschlechtskrankheiten werden bestehen bleiben.

Für die Verhütung der geschlechtlichen Infektion empfiehlt der Verfasser drei Maßnahmen, 1. an allen Plätzen der öffentlichen Prostitution müßten von seiten der

Digitized by Google

Stadt oder des Staates prophylaktische Maßnahmen quasi aufgenötigt werden, dabei soll streng auf die Befolgung der Metschnikoffschen Vorschrift geachtet werden. 2. Persönliche Bemühungen aller Ärzte, besonders der Spezialisten, um die Aufklärung und weitgehende Verordnung und eventuell Gratisverteilung der prophylaktischen Mittel. 3. Persönliche Prophylaxe eines jeden quasi als moralische Verpflichtung. „Wenn nach jedem illegitimen, verdächtigen geschlechtlichen Verkehr diese prophylaktischen Maßnahmen Platz griffen, so würden nach zehn Jahren die Geschlechtskrankheiten aufhören eine Gefahr für die Volksgesundheit zu sein." Zur Unterdrückung der Prostitution gehören andere Maßnahmen.

5. Nichtspezifische Harnröhrenentzündungen als Komplikationen akuter Tonsillitis, von E. Nicholas Hagin-Shargon. An der Hand von drei einschlägigen Fällen macht Hagin darauf aufmerksam, daß ebenso wie für viele andere Organe auch für die Harnröhre die Mandeln die Eingangspforten für Infektionserreger sein können; diese erzeugen dann auf der Harnröhrenschleimhaut eitrige Prozesse, die nur durch das Mikroskop als nichtblennorrhoisch festgestellt werden können. Diese nichtspezifischen Urethritiden können zugleich oder im Anschluß mit der Tonsillitis auftreten, sind meist leicht heilbar, selten rebellisch. Sie bieten die Symptome einer Blennorrhoe, aber meist nicht sehr intensiv.

6. Über die lokale Anwendung von Eisentinktur in der Dermatologie, von Hiram H. Seeliger-Davytona (Florida). Der Verfasser hat von lokaler Applikation von Tinct. ferr. chlorat. bei gewissen Dermatosen, bei denen ihn der sonstige Arzneischatz im Stiche ließ, so gute Erfolge gesehen, daß er das Mittel jetzt oft sofort bei juckenden Eruptionen mit roter entzündlicher Oberfläche in Anwendung bringt. Die ersten Erfolge hatte der Verfasser bei entzündlichen Schwellungen infolge eingewachsener Nägel, und diese ermutigten ihn, das Mittel bald in konzentrierter, bald in verdünnter Lösung bei erythematösen, urtikariellen, artifiziellekzematösen Dermatosen in Anwendung zu bringen. Selbst wenn die Applikation im Anfange schmerzhaft empfunden wurde, wurde es doch bald gut vertragen und pflegte das oft sehr lästige Jucken zu lindern. Die mitgeteilten Fälle sind sehr interessant, aber in ihrer Ausführlichkeit nicht zum Referieren geeignet.

7. Über syphilitische Pharyngitis unter Mitteilung von zwei Fällen, von Samuel G. Dabney-Louisville. Zwei Fälle von schwerer ulzeröser, tertiärer Rachensyphilis, von denen der eine durch eine Neosalvarsaninjektion mit folgender Hg-Inunktionsbehandlung und Jodkalium in 14 Tagen so weit gebessert wurde, daß er das Krankenhaus verließ; der andere — ein 45jähriger starker Trinker — wurde ebenfalls mit Salvarsan intravenös behandelt, ging aber zehn Tage nach der Injektion infolge von Nephritis zugrunde. Beide Fälle waren in der Frühperiode der Erkrankung höchst unzureichend behandelt worden. Der Verfasser empfiehlt bei tertiärer Rachensyphilis neben der Allgemeinbehandlung als ein oft wirksames lokales Mittel: Duschen des Nasenrachenraums mit heißem Salzwasser.

8. Mitteilungen über Befunde im Urin nach Anwendung von Salvarsan, von P. R. Klein-New York. Wie der Verfasser selbst hervorhebt, daß die Zahl der Veröffentlichungen über Veränderungen der chemischen Beschaffenheit des Urins nach Einverleibung von Salvarsan so unendlich groß wäre, daß es unmöglich sei, dieselben mit den an die Ergebnisse der Untersuchungen geknüpften Folgerungen in einem Artikel zusammenzufassen, so würde es mich hier zu weit führen, auf Details aus der vorliegenden knappen Zusammenfassung einzugehen. Unter 223 von ihm untersuchten Urinen fand Klein 200mal bedeutende Veränderungen mannigfaltigster Art. Kurz erwähnt sei nur die auffallende Vermehrung von Uraten (Hemiuraten und Tetrauraten);

Digitized by Google

Xanthin ist bei Syphilis oft schon vor Anwendung von Salvarsan vermehrt, während Hypoxanthin, Guanin und Adenin keine Vermehrung zeigten.

Von den Pigment- resp. Farbstoffen fand KLEIN das Urobilin bei der Syphilis III in einer gesteigerten Menge, die nach Salvarsan sehr zurückging; ebenso geht die an und für sich schon geringe Menge von Hämatoporphyrin (in der Leber gebildet) nach Salvarsan fast völlig zurück. Während die Menge von Levulose und Laktose in fast allen Fällen zurückging, änderte sich in einem Falle von adrenaler Glykosurie nichts an der Quantität. Glykuronsäure schien stark reduziert zu sein. O. Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Röntgen-Therapie (Oberflächen- und Tiefenbestrahlung), von H. E. SCHMIDT-Berlin. Vierte neubearbeitete und erweiterte Auflage. Mit 83 Abbildungen. (Berlin 1915, August Hirschwald.) Vorliegendes Buch hat schon längst seine Siegeslaufbahn beschritten und gehört überall — bei allen Röntgenologen — zu dem ständigen Nachschlagewerk. Entsprechend den neueren Forschungen ist die neueste Auflage neu bearbeitet und erweitert. Es zerfällt in zwei Teile, den physikalisch-technischen, und den therapeutischen Teil. Die einfache, nicht gekünstelte Sprache, und die ausgezeichnete Einteilung führt den Anfänger mit Leichtigkeit in das wichtige physikalische Gebiet ein, ohne dessen Verständnis die moderne, wissenschaftliche Therapie nicht möglich ist. Der Lernende wird mit den Kathoden und Röntgenstrahlen und ihrer Entstehung bekannt gemacht, das Röntgeninstrumentarium wird in seinen einzelnen Teilen ihrem Zweck entsprechend vorgeführt, die verschiedenen bis jetzt angegebenen und geltenden Instrumente zur Prüfung der Quantität und Qualität der Röntgenstrahlen. Die Behandlung der Röntgenröhre und ihre Behandlung lassen uns schneller als durch die großen Werke das Gewünschte und Notwendige erlernen. Trotz seiner Kürze enthält das Büchlein alles, was wir sonst in den groß angelegten Handbüchern nur in breiterer Form wiederfinden. Der zweite Teil, der sich mit der Therapie und den Indikationen beschäftigt, führt uns von den ersten Versuchen bis zur fertigen Kenntnis der Röntgenkunst, berichtet uns über die Wirkungen, ihre Erfolge und ihre Schädigungen, deren Kenntnis dem Inhaber eines Röntgeninstrumentariums bekannt sein müssen, enthält auch einen Abschnitt über die forensische Bedeutung der Schädigungen und dient uns in seinem letzten Teil als tägliches Nachschlagebuch über die genaue Dosierung und Anwendung bei den einzelnen Krankheiten, bei denen der Röntgenapparat in Betracht kommt. Die vielen, guten Illustrationen machen dieses Büchlein zu einem ständigen Begleiter der Röntgentherapeuten. SCHMIDT, der über eine reiche Erfahrung verfügt, führt auch die Ansichten anderer Verfasser an, um den Lernenden auch mit anderen Methoden bekannt zu machen. W. Chrzelitzer-Posen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter, von E. MEYER-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1914, Nr. 33.) Daß die Aussichten auf die Er-

Digitized by Google

zielung einer lebenden und womöglich gesunden Frucht trotz moderner Syphilis sehr wesentlich von der Behandlung der mütterlichen Infektion abhängen, ist schon aus mehreren früheren Publikationen zu entnehmen, und es sind auch verschiedene Beobachtungen erschienen, welche die Bedeutung der Salvarsanbehandlung auch auf diesem Gebiete betonen. Verfasser bestätigt auf Grund seiner Beobachtungen bei 43 Fällen von Syphilis in der Gravidität diese Erfahrung in vollem Maße, indem bei einer kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Hydrargyrum salicylicum 42 Kinder lebend zur Welt kamen, und 37 mit den Müttern lebend aus der Entbindungsanstalt entlassen wurden. Spätere Nachforschungen ergaben, daß mindestens 26 Kinder das erste Lebensjahr noch erlebt hatten. Die Menge der verabreichten Medikamente betrug 1,6—3 g Salvarsan bei intravenöser Einführung und 0,5—1,0 Hg. Irgend welche Störungen ernsterer Art kamen hierbei nicht vor. Um festzustellen, ob bei dieser Therapie Salvarsan direkt auf den Fötus übertragen wird, hat M. 4 Nachgeburten auf das Vorhandensein von Arsen untersucht und dabei einmal einen geringen, jedoch deutlichen Arsenspiegel nach dem Marshschen Verfahren erhalten. Experimentelle Beobachtungen bei Kaninchen und Mäusen ließen keinen Übergang von Arsen in die Plazenta oder den Fötus erkennen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Technik der Sterilisation der Syphilis durch das Salvarsan, von Lereddde-Paris. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Im Gegensatz zu den meisten deutschen Verfassern glaubt L., daß man auf das Quecksilber verzichten und für die Syphilisbehandlung ausschließlich das Salvarsan resp. Neosalvarsan verwenden sollte. Allerdings muß sich dabei die Kur auf eine Zeitdauer von mehreren Monaten serienweise erstrecken, und die Ruhepausen sollen nicht zu lang bemessen sein. Früher hat Verfasser diese Intervalle auf zwei Monate durchschnittlich festgesetzt, doch erlebte er dabei öfters ein starkes Wiederansteigen der serologischen Reaktion, was ausblieb, als er nur dreiwöchige Pausen verordnete. Bei Patienten, welche eine starke Herxheimersche Reaktion gefährlicher Art erwarten lassen, Tabiker, Paralytiker und Kranke mit Herz-, Nieren und Leberaffektionen, soll die Initialdosis sehr klein sein, etwa 0,15 oder nur 0,1 Neosalvarsan, und die zweite Gabe, welche nach L.s Erfahrungen die meisten Gefahren in sich birgt, soll in kaum stärkerer Dosierung nach acht Tagen der ersten folgen. Ob die Spätsyphilis auch bei Behandlung mit den neuen Mitteln je völlig zur Heilung gelangt, sei zweifelhaft, denn selbst die serologische Prüfung und alle modernen Kontrollmittel, deren konsequente Ausführung Verfasser für alle Fälle als unerläßliches Postulat fordert, können bei inveterierten Fällen noch irrige Schlüsse gelegentlich erlauben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über das Syphilisfieber, von B. Konrad-Kolozsvár. (Gyógyászat, 1913, Nr. 9.) Ein 19jähriges Mädchen ist seit zwei Monaten kränklich und hat seit drei Wochen intermittierendes Fieber, jeden Abend bis 38—39° mit ausgeprägtem Kältegefühl. Es ist stark abgemagert, blaß, aber zu Hause und außer Bett. Keine objektive Veränderung. In der Anamnese kommt Lues nicht vor, äußere Umstände jedoch erwecken den Verdacht darauf. Nässende Papeln am After entschieden die Frage. Sie vergingen nach Einreibungen binnen drei Tagen. Ein 25jähriger Mann hatte seit Wochen Abendtemperaturen bis 37,7° mit Kältegefühl. Am Penis eine charakteristische Papel, mit Schwellung der Inguinaldrüsen. Nach Quecksilbereinreibungen hört das Fieber auf. Nach Einstellung der Einreibungen (20) stellt sich das Fieber wieder ein, um erst nach der zweiten Schmierkur gänzlich zu verschwinden. Eine 18jährige Frau stand wegen Brustschmerzen und wegen eines seit Wochen bestehenden, abends bis 38° steigenden intermittierenden Fiebers als Phthisikerin in der Behandlung. Lungenbefund negativ. Eine kleine nässende Papel fand sich an der inneren Oberfläche der großen Labie; am Halse, in der

Digitized by Google

Inguinalbeuge Drüsen. Nach Quecksilbereinreibungen rasche und vollständige Heilung. Weitere Beispiele erläutern die Ätiologie des syphilitischen Fiebers, bei dem der intermittierende Typus charakteristisch ist, ebenso auch gewöhnlich das Kältegefühl, Frösteln und die Eigentümlichkeit, daß die Patienten abnehmen und doch nie schwere Kachexie oder Kollaps zeigen wie die Tuberkulösen oder die Typhuskranken. Sie gehen zumeist immer herum. Auf eine Quecksilberkur hin verschwindet das Fieber rasch, viel rascher als die Kältesymptome. Die Spirochäten im Blute scheinen also rascher zugrunde zu gehen, als die im Gewebe, welch letztere das Fieber nicht unterhalten. Bei der Diagnose muß jede sonstige Infektion ausgeschlossen werden (Tuberkulose, Typhus, Malaria, Pyämie usw.). Die Anamnese ist wichtig. Häufig kommt bei Luetikern sterile Ehe vor. Auch Jod übt eine Wirkung auf das Fieber aus. M. Porosz-Budapest.

Über die Salvarsantherapie der Syphilis des Nervensystems, von Iwaschenzoff. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., Bd. 15, H. 3.) Bericht über 26 mit Salvarsan behandelte Tabesfälle. Es wurden in allen Fällen Besserungen der Erscheinungen erreicht, mehrere Male eine Besserung der Pupillenreaktion, auch bei Malum perforans; die Knierefiexe wurden nie beeinflußt. Als Methode verdient den Vorzug: intravenös, achttägig, zuerst kleinere Dosen (0,3), später 0,5, nicht höher. W. Haas-Hamburg.

Salvarsantherapie und Lues des Zentralnervensystems (inklusive Tabes dorsalis), von Gl. Iwaschenzoff-St. Petersburg. (M. m. W., 1914, Nr. 10.) Die Resultate, welche Verfasser bei 130 Fällen im Obuchow-Männerkrankenhaus beobachtet hat, können trotz einiger Mißerfolge und einem Todesfall als sehr erfreulich bezeichnet werden. Bei letzterem handelte es sich um einen sehr heruntergekommenen Patienten mit Erscheinungen der Meningomyelitis in der Gegend des 4. und 5. Halswirbels. Nachdem die erste Injektion von 0,4 Salvarsan, abgesehen von heftigen, aber nach drei Tagen wieder vergangenen Kopfschmerzen, gut vertragen worden war, erhielt er nach siebentägigem Intervall eine zweite Injektion von 0,3. Am folgenden Tage trat hochgradige Atemnot ein, und nach zeitweiliger Besserung trat der Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems, das auch bei der Autopsie konstatiert wurde, ein. Verfasser glaubt, daß bei größerer Genauigkeit in der Indikationsstellung sich der Unfall hätte vermeiden lassen. Günstige Resultate, wie man sie bei sonstiger Behandlung nicht erlebt, hat er bei der Tabes gesehen, von welcher 48 Fälle beobachtet wurden. Bei 10 derselben konnte allerdings keine Änderung konstatiert werden, aber bei 15 war eine Besserung einzelner Symptome und bei 23 eine allgemeine wesentliche Besserung zu verzeichnen. Namentlich betont Verfasser, daß bei 4 Fällen eine ausgesprochen günstige Einwirkung des Mittels auf den Sehnerv sich äußerte. Auch bei der syphilitischen Myelitis (39 Fälle), der zerebrospinalen Lues und anderen Prozessen war die hervorragende Wirkung gegenüber anderen Medikamenten zu erkennen. A. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung der zerebrospinalen Syphilis mit Salvarsanserum, von R. B. H. Gradwohl. (Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Der Patient bekommt eine intravenöse Salvarsaninjektion; eine Stunde später werden 75—100 ccm Blut entnommen, zentrifugiert und eine halbe Stunde auf 56° erhitzt. Am folgenden Tage werden 25 ccm intralumbal injiziert. Der Patient muß zwei Tage liegen; manchmal wurden heftige Reaktionen in Form von Kopf- und Rückenschmerzen, Wiederkehr der tabischen Schmerzen beobachtet, doch niemals schwere Störungen. Durch diese Behandlung wird eine deutlichere klinische und serologische Besserung als durch die intravenöse Methode erzielt. Schon nach 4—6 Injektionen ist der Liquorbefund normal; bei Paralytikern erst etwas später. Bei Tabes kehrten die Reflexe wieder und schwanden die Schmerzen.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse, von Roecke-Frankfurt. (D. m. W., 1913, Nr. 28.) Es wurden geeignete Fälle fortlaufend intravenös mit Salvarsan behandelt. Es wurde mit Dosen von 0,3—0,4 begonnen, später auch Dosen von 0,5—0,6 nicht gescheut. Nach 3—4 g, Pause von zwei bis drei Monaten. Er kommt zu dem Schluß, Salvarsan schadet den Paralytikern nicht bei vorsichtiger Anwendung. Es scheint im Gegenteil Häufigkeit und Dauer der Remissionen zu fördern und das Leben zu verlängern. Junghanns-Dresden.

Das Salvarsan bei den kardiovaskulären Affektionen syphilitischen Ursprungs, von Fulchiero. (Pensiero medico, 13. Juli 1913.) Der Verfasser rät bei diesen Affektionen zuerst mit einer Quecksilberkur zu beginnen (z. B. 15—20 Injektionen von Hydrargyrum bijodatum), dann erst zum Salvarsan auf endovenösem Wege überzugehen. Die erste Dosis soll 10—15 cg nicht übersteigen; wird die erste gut vertragen, so gibt man 20 und nur ausnahmsweise 30 cg. Im ganzen sollen 5—6 Injektionen mit Zwischenräumen von 6—8 Tagen gemacht werden. Dann wird die Quecksilberkur wieder aufgenommen und eine Zeitlang fortgesetzt (20—30 Injektionen). Zuletzt wird noch eine Jodkur angeschlossen. A. Gunsett-Straßburg.

Die Salvarsantherapie der chirurgischen Syphilis, von Jwaschtschenko und Lange. (Russki Wratsch, 1914, Nr. 20 und 21.) Die Schlußfolgerungen lauten: 1. Die Salvarsantherapie verdient als die beste Methode der Behandlung der gummösen Syphilis die größte Verbreitung in der Chirurgie. 2. Die rechtzeitige Anwendung des Salvarsans bei gummösen Affektionen des Mundes, Rachens, Kehlkopfs, der Nase, wie auch bei Sklerosen des Kehlkopfes verhütet schwere Untersuchungen und ist daher für eine richtige ärztliche Behandlung dieser Leiden dringend nötig. 3. Da das Salvarsan eine Verschlimmerung der tuberkulösen Affektionen des Kehlkopfes nach sich zieht, so muß man in der Diagnose syphilitischer Affektionen sehr streng und bei der Anwendung von Salvarsan bei Syphilitikern mit gleichzeitiger Tuberkulose des Kehlkopfes sehr vorsichtig sein. 4. Ein schneller und dauernder Schwund der Dolores osteocopi nach Salvarsaninfusion gehört zur Regel. 5. Die Anwendung des Salvarsans bei beginnenden tabetischen Arthropathien ist angezeigt, da es in solchen Fällen gute Resultate gibt. 6. Die Anwendung des Salvarsans bei bösartigen Neubildungen ist nicht begründet und nutzlos. 7. Die meisten Komplikationen, welche nach Anwendung des Salvarsans beobachte worden sind, haben mit dem Salvarsan selbst nichts zu tun. Die Salvarsanotherapie ist der erste Versuch einer praktischen Chemotherapie, welche eigenartig und machtvoll ist. A. Jordan-Moskau.

Prophylaxe der Syphilis durch Salvarsan, von Jeanselme. (Bull. soc. franç. prophyl. san. et morale, 1914, Nr. 1.) Verfasser berichtet, wie an seiner Abteilung die Quecksilbertherapie allmählich durch Salvarsan verdrängt wurde. Er injiziert den Prostituierten 0,3 und wenn nach vier Tagen die Erscheinungen geschwunden sind, entläßt er sie. Darauf bekommen die Kranken sechs Injektionen in wöchentlichen Abständen. Einen Monat nach der letzten wird der Wassermann gemacht und bei positivem Ausfall erfolgt eine neuerliche Serie. Auf diese Weise ist die Abteilung bedeutend entlastet worden, so daß einige Räume für die Vornahme der Blutentnahmen, Infusionen usw. eigens adaptiert werden konnten. Da zu befürchten ist, daß die Reglementierung ganz abgeschafft wird, empfiehlt Verfasser alle öffentlichen Heilanstalten mit dem nötigen Personal und Instrumentarium zur Syphilisprophylaxe zu versehen. R. Frühwald-Leipzig.

Weitere statistische und klinische Beobachtungen in der Salvarsantherapie der Syphils, von F. Berger-Köln. (M. m. W., 1913, Nr. 43.) Im vorigen Jahr berichtete Verfasser über seine Erfolge auf diesem Gebiete bei Verwendung folgender

Digitized by Google

Technik: Die Kur wird eingeleitet mit einer intravenösen Injektion von 0.6 Salvarsan in 240,0 ccm einer 0,6%igen Kochsalzlösung; am folgenden Tage wird mit der Schmierkur begonnen in Dosen von 5,0 g pro die. Nach 14 Tagen wird die zweite Infusion gegeben, und die Schmierkur wird fortgesetzt bis zum Verbrauch von 120 oder 150 g. Nachdem er aber hierbei einen (bereits publizierten) Todesfall erlebt hat, reduzierte B. die Dosis der zweiten Injektion auf die Hälfte. In den Jahren 1911—12 und 1912—13 wurden auf diese Weise 128 resp. 96 Militärpersonen behandelt. Im allgemeinen gelang es durchweg, die mit Primäraffekt und negativem Wassermann aufgenommenen Fälle konstant sero-negativ zu erhalten und ebenfalls bei den im sekundären Stadium aufgenommenen und erfolgreich behandelten Fällen Rezidive auszuschließen. Die Beobachtungsdauer erstreckte sich für die erste Serie auf 16—22 Monate. Einige bemerkenswerte Krankengeschichten, besonders ein Fall von doppelseitiger Akustikusaffektion mit meningealen Erscheinungen nach der Salvarsanbehandlung sind der Arbeit angefügt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zweijährige Erfahrung mit Salvarvan, von M. Morris und H. MacCormac-London. (Lanc., 1913, S. 1243.) Als Resultat ihrer Beobachtungen bei 350 Injektionen von Salvarsan und 150 von Neosalvarsan erkennen Verfasser unumwunden den hohen therapeutischen Wert namentlich des ersteren Mittels an. Auch sie fordern, daß sofort nach Sicherstellung der Diagnose durch den Spirochätennachweis oder durch sonstige Anhaltspunkte mit den Injektionen begonnen werde, worauf eine Ergänzung mit Hg-Behandlung zu folgen hat. Todesfälle kamen bei dieser Serie nicht vor, doch traten gelegentlich bei der Wiederholung der Injektionen recht starke Temperatursteigerungen ein, und bei drei Kranken entwickelten sich sehr beängstigende Erscheinungen von Kollaps, Zyanose, Konvulsionen usw. Aus der Literatur ist eine interessante Tabelle von 39 nach Salvarsanbehandlung erfolgten Todesfällen zusammengestellt, von denen 21 auf eine erste, die anderen auf spätere Injektionen erfolgten. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Bericht über sieben Fälle von Syphilis, die mit einer Salvarsaninjektion geheilt zu sein scheinen, von Abr. L. Wolbarst-New York. (New York m. J., 18. Oktober 1913.) Von diesen sieben Fällen waren zwei solche von primärer, drei von sekundärer (worunter ein maligner, Hg und J resistenter) und zwei von tertiärer Syphilis. Die Patienten erhielten nur eine (0,5 resp. 0,6) intramuskuläre Salvarsaninjektion ohne irgend welche andere Behandlung. Alle wurden geheilt, haben an Körpergewicht erheblich zugenommen und sind im Durchschnitte nach $2^1/_2$ Jahren noch ohne jegliche Rezidive. In vier der Fälle wurde wiederholt die Wassermannsche Reaktion mit stets negativem Resultate ausgeführt, bei den drei anderen war es aus äußeren Gründen nicht möglich, sie auszuführen. Ehrlichs Ideal wäre also in diesen Fällen erreicht und keine andere Behandlungsmethode erziele gleich günstige Resultate (Ref. muß doch wiederholt darauf hinweisen, daß auch mit Hg, z. B. mit einigen Sublimatinjektionen, alle Symptome rasch verschwinden können und auf viele Jahre hinaus nicht rezidivieren). M. Stern-München.

Über reine Salvarsantherapie der Syphilis, von Wilhelm Wechselmann. (B. kl. W., 1914, Nr. 12.) Verfasser stellt erneut fest, daß er durch konsequente Darreichung von Salvarsan fast vollkommen ausnahmslos jeden frisch Syphilitischen von klinischen Erscheinungen frei, im Blut- und im Lumbalpunktat negativ machen kann. Ist nach der Infektion ein gewisser Zeitraum mit oder ohne Quecksilbertherapie bereits verflossen, so gelingt die Sterilisation auch noch mit großer Regelmäßigkeit, erfordert aber meist eine viel ausgedehntere und länger fortgesetzte Behandlung. Mehrere Fälle mit ganz fixierter Wassermann-Reaktion sind erst nach einer jahrelang fortgesetzten Behandlung zu diesem günstigen Zustand gelangt. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Der augenblickliche Stand der Syphilisbehandlung mittels Salvarsans. Klinische und serologische Beobachtungen an 225 Fällen der Privatpraxis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (Lanc.-Clin., 24. Juni 1913.) Der Bericht ist außerordentlich enthusiastisch gehalten und dürfte kaum dem Standpunkt entsprechen, den die augenblickliche deutsche Literatur in dieser Frage einnimmt. Nach H. ist Salvarsan das beste und wirksamste Mittel, das bei geeigneter Technik in jedem Falle zur Verwendung kommen kann und stets so gute Resultate gibt, daß er seit mehr als zwei Jahren auf Quecksilber und Jod vollkommen verzichtet. Klinische Manifestationen verschwinden stets prompt, der Wassermann wird stets negativ und Rezidive sind außerordentlich selten. Unangenehme Zufälle, die berichtet und beobachtet worden sind, schiebt H. stets auf Fehler der Technik; dabei ist es ihm selbst passiert, daß ein vorgeschrittener Phthisiker nach tiefer muskulärer Injektion von Salvarsan eine tuberkulöse Pneumonie bekam, an der er binnen zehn Tagen zugrunde ging. Geringe subjektive Symptome, die besonders auftreten, wenn der Patient nach der Infusion nicht im Bett bleibt oder in den ersten vier Stunden danach Nahrung zu sich nimmt, hat er auch bei intravenösen Infusionen, die er allein nur noch anwendet, in etwa 50% der Fälle gesehen. Wenn auch mit einer Dosis die Heilung nicht zu erreichen ist, so ist dies mit einer oder einigen Wiederholungen in 80% der Fall. Die Anzahl der Injektionen richtet sich bei seiner Behandlungsweise nach dem klinischen Verlauf und dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion, welch letztere noch eine Zeitlang verfolgt wird (soweit es ihm gelingt, die Patienten unter Beobachtung zu halten). W. Lehmann-Stettin.

Über die Dauererfolge bei der Salvarsanbehandlung der Lues, von G. de Montmollin. (Schweizer Rdsch. f. M., 1912, Nr. 35.) Verfasser berichtet über 160 Fälle, die nur mit Salvarsan behandelt worden sind und zwar kombiniert auf intravenösem und intramuskulärem Depotwege (letzteres in Form einer Salbe, „Flero" genannt). Er strebt nach einem ungetrübten Urteil darüber, was das Salvarsan allein leistet. Im Primärstadium zeigte sich das Salvarsan als Abortivmittel dem Hg überlegen. Im Sekundärstadium (27 Dauerbeobachtungen; 3(!)—14 Monate) wurden nur elf Fälle geheilt. Zur Heilung genügt nie eine einzige Salvarsaninjektion. Meist sind mehrere bis viele nötig. In mehr als der Hälfte (16) konnte also nicht von einer Heilung durch Salvarsan gesprochen werden. Von 27 weiteren Fällen, die früher schon mit Hg behandelt worden waren, konnten durch Salvarsan (Gesamtdosis derselben bei 2,05 g) 75% geheilt werden. Diese Zahl spricht für die Kombination von Hg und Salvarsan. Zwei Fälle von Labyrintherkrankung im sekundären Stadium wurden durch Salvarsan geheilt. Weniger günstig waren die Erfolge bei Neuritis acustica im tertiären Stadium, auffallend gut bei solcher auf hereditärer Basis. Unter vier Fällen von Neurorezidiven, die berichtet worden, hatten zwei vorher Hg und Salvarsan, der dritte nur Hg (18 mal 0,1 Hg salicyl.), der vierte nur Salvarsan (2,15 g) erhalten. Verfasser pflichtet der Anschauung Fingers bei, daß die Neurorezidive echte Spirochätenerkrankungen seien, daß jedoch ihre Prädilektionsstellen vorher durch Salvarsan oder Hydr. geschädigt seien. Entweder sind die Prädilektionsstellen die Nervensubstanz oder die kleinsten Gefäße. Verfasser zitiert einen Fall, wo ein Rezidiv in Form des Adam-Stokesschen Komplexes (Bradykardie mit Überleitungsstörungen) auftritt und möchte mit ihm beweisen, daß nicht die Nervensubstanz, sondern die Gefäße Angriffspunkte der Spirochäten beim Neurorezidiv wären (s. Anm. Seite 20). Schließlich macht Verfasser noch die interessante Beobachtung, daß das Salvarsan den qualitativen und quantitativen Abbau des Eiweißes beeinflußt: die qualitativen waren nicht konstant, einmal sank die N-Ausscheidung, ein anderes Mal stieg sie. In einem von vier Fällen zeigte sich nach 0,6 Salvarsan intravenös eine dreifache Vermehrung der Aminosäuren, also: eines Produktes unvollkommener Eiweißverbrennung, im Urin

Digitized by Google

Verfasser postuliert darnach eine Leberschädigung durch das Salvarsan, weil nach den Untersuchungen von W. Frey (Zschr. f. kl. M., 1911) bei allen Affektionen mit Hyperazidaminurie eine solche anzunehmen ist. J. Werther-Dresden.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg, von E. Finger-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 45.) Nach einem geschichtlichen Überblick kommt Verfasser auf die beiden bestehenden Gefahren zu sprechen: die Durchseuchung der Armee während des Feldzuges und diejenige der heimischen Bevölkerung durch die aus dem Kriege heimkehrenden Soldaten. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Heere dient die Belehrung bzw. der gelegentlich wiederholte Hinweis und die persönliche Prophylaxe. Ein wichtiges Mittel besteht in der Handhabung von Maßregeln zur Vermeidung von Infektionsgelegenheiten. Viel wird erreicht durch das Alkoholverbot, durch das Zusammenhalten der Mannschaften auf Transporten. Andere Maßnahmen betreffen die Prostituierten: Lokal- und Straßenverbot, eventuell Inhaftierung, Entlassung der Animierkellnerinnen. Bedeutungsvoll sind ferner jene Maßnahmen, wo zur Zeit der Truppendurchmärsche außerdem alle Bordelle gesperrt wurden. Wichtig ist ferner die Erhaltung von Spitälern für Geschlechtskranke, in welchen auch eventuell die aus dem Felde kehrenden Aufnahme finden können. Was die Gefahren betrifft, die nach Beendigung des Krieges die Entlassenen und in ihre Heimat Zurückkehrenden der Bevölkerung bringen können, so ist zu fordern, daß die ganze Mannschaft vor ihrer Entlassung einer genauen Untersuchung unterzogen und jeder Geschlechtskranke erst entsprechend behandelt wird. Am Schluß bespricht Verfasser noch den bekannten Einfluß, welchen die Syphilis auf den Verlauf und die Heilung von Kriegsverletzungen ausübt.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Prophylaxe und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Felde, von P. Scharff-Stettin. (B. kl. W., 1914, Nr. 46.) Der Aufsatz ist eine auf kürzesten Raum zusammengedrängte Rekapitulation der Therapie der Geschlechtskrankheiten, enthält somit für den Facharzt nichts Neues, ist aber geeignet, den im Felde befindlichen Ärzten, die dieser Spezialdisziplin ferner stehen, praktische Kenntnisse aus ihr zu vermitteln. Ob es überhaupt möglich ist, geschlechtskranke Soldaten im Felde zu belassen und zu behandeln, ist eine andere Frage und hierüber dürften viele anderer Meinung sein, als es Verfasser anscheinend ist. E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Paul Rusch, k. k. Primararzt der dermatologischen Abteilung an der Krankenanstalt Wieden in Wien, wurde zum Lehrer der Roten Kreuz-Krankenpflegeschule bestellt.

Dr. Ludwig Halberstaedter-Charlottenburg, zurzeit als Stabsarzt in Charleroi tätig, und Dr. Albert Wittmer, Assistent an Prof. Unnas Dermatologikum haben das Eiserne Kreuz erhalten.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. Februar 1915 | Nr. 8 | Band 60

Aus der Dermatologischen Klinik in Graz (Vorstand: Prof. Dr. Matzenauer).

Über Atrophia maculosa cutis luetica.

Von

Prof. Dr. R. Polland.

Die von den Dermatologen mit den Namen Atrophia cutis maculosa, Anetodermia erythematosa, Atrophodermia erythematosa und ähnlichen bezeichnete Hautveränderung stellt eine schon seit verhältnismäßig langer Zeit klinisch wohlgekannte Affektion dar. Da darüber bereits eine recht umfangreiche Literatur existiert, die das Thema von den verschiedensten Seiten behandelt, so kann hier wohl darauf verzichtet werden, nochmals per longum et latum auf bereits Bekanntes zurückzukommen. Zur näheren Orientierung sei jedoch gestattet, vornehmlich auf drei Arbeiten aus jüngerer Zeit hinzuweisen, die in zusammenfassender Weise die vorliegende Kasuistik, pathologische Anatomie und Pathogenese der Krankheit behandeln, außerdem charakteristisches eigenes Beobachtungsmaterial beibringen, und dergestalt wohl geeignet sein dürften, ein anschauliches Bild der in Rede stehenden Affektion zu geben.

Es sind dies die Arbeiten von Rusch (1), M. Oppenheim (2) und Vignolo-Lutati (3), die auch den folgenden Ausführungen vielfach zur Grundlage gedient haben.

Ohne mich zunächst auf nähere Erörterungen der Ergebnisse dieser wertvollen Arbeiten rücksichtlich der Klinik und Pathogenese der Atrophia maculosa einzulassen, will ich hier nur hervorheben, daß aus den zitierten Arbeiten mit Klarheit hervorgeht, daß wir es hier nicht mit einem ätiologisch einheitlichen Krankheitsbegriff zu tun haben.

Während für viele Fälle ein ursächlicher Zusammenhang mit Tuberkulose mit ziemlicher Sicherheit angenommen werden kann, scheint in anderen Fällen die Syphilis dabei eine Rolle zu spielen. In anderen Fällen wieder suchen die Autoren in Nervenstörungen oder in irgend welchen toxischen Momenten den Grund für die Hautatrophie, während schließlich in einer Reihe von Fällen eine bestimmte Ursache nicht vermutet werden kann. Darauf wird von einigen Autoren eine Einteilung der Atrophia maculosa in eine „idiopathische“ und eine „symptomatische“ basiert. Andere wieder stellen die Existenz wirklich „idio-

Digitized by Google

pathischer" Fälle überhaupt in Frage, und VIGNOLO-LUTATI z. B. stellt die Forderung auf, die Bezeichnung: idiopathische umschriebene Hautatrophie überhaupt fallen zu lassen; sie sei nur eine provisorische, einer wirklichen Basis entbehrende, die Idiopathie des Prozesses nur eine scheinbare.

Zur endgültigen Klärung der Sachlage ist es gewiß wünschenswert, weiteres kasuistisches Material zu sammeln, das Schlüsse auf etwaige ätiologische Momente gestattet. Deshalb sei es mir erlaubt, zunächst einige Fälle von makulöser Hautatrophie eigener Beobachtung mitzuteilen, bei welchen mit ziemlicher Sicherheit vorausgegangene luetische Hautprozesse den Anstoß zur Entwicklung der zirkumskripten Atrophien abgegeben haben.

Der erste Fall, den ich vor einigen Jahren beobachtete, betraf eine 26jährige Prostituierte, die seit drei Jahren wegen Syphilis in meiner Beobachtung und Behandlung stand. Es handelte sich um einen normalen Fall ohne besonders schwere Symptome; allerdings waren dreimal ziemlich ausgebreitete Exantheme aufgetreten, die beiden ersten vorwiegend makulösen Charakters, während das dritte hauptsächlich papulöse, wenngleich ziemlich flache Infiltrate aufwies. Unter Quecksilberbehandlung schwanden alle Symptome stets prompt. Die Kranke war sonst durchaus gesund und wohlgenährt, insbesondere bot sie keine kleinischen Zeichen der Tuberkulose dar.

Im Laufe des dritten Krankheitsjahres entwickelte sich bei ihr unter meiner Kontrolle folgende Erscheinung: Genau entsprechend den Stellen, wo das luetische, jedoch schon seit mehr als einem Jahr geschwundene Exanthem gesessen hatte, also am Rumpf und den Oberschenkeln, bläulichviolette oder stahlblaue (an Maculae coeruleae erinnernde) Flecke, die einer neuerlichen Hg-Kur nicht wichen; doch änderten sie im Laufe der nächsten Monate ihren Charakter und boten schließlich ein Bild dar, welches mich lebhaft an einen Fall erinnerte, den M. OPPENHEIM (2) 1905 in Meran bei der Naturforscherversammlung als Atrophia maculosa vorgestellt hatte und den ich bei dieser Gelegenheit genau besichtigen konnte.

Von der näheren Beschaffenheit der charakteristischen Effloreszenzen, die in meinem Falle weizenkornähnlich und entsprechend den Spannungsrichtungen der Haut angeordnet waren, gibt OPPENHEIM in seiner vorerwähnten Arbeit eine so anschauliche, ich möchte sagen klassische Beschreibung, daß es vielleicht am besten ist, seine Worte hier wiederzugeben, die auch ganz genau auf die von mir beobachteten Fälle passen. Er schreibt:

„ . . . . den auffallendsten Befund, gewissermaßen das beherrschende im Krankheitsbild stellen Vorwölbungen dar, welche bis über Haselnußgröße (in unserem Falle Linsengröße) an verschiedenen Hautstellen den Eindruck von Hauttumoren hervorrufen (man könnte an Morbus Recklinghausen denken). Man sieht nämlich ovale Wülste von sehnig weißer Farbe, deren Oberfläche grob gefältelt ist . . . . Untersucht man die Konsistenz dieser Pseudotumoren, so findet man, daß sie dem geringsten Fingerdruck nachgeben, sich vollständig eindrücken lassen, ja sogar unter dem Hautniveau liegende Mulden bilden, in die sich die untersuchende Fingerkuppe hineinlegen kann. Sie glei-

Digitized by Google

chen ganz leeren Säckchen; spannt man die umgebende Haut an, so verschwinden die Vorwölbungen vollständig. An ihrer Stelle sieht man sehnig glänzende, bläulich durchschimmernde, manchmal auch zigarettenpapierähnlich gefältelte Hautstellen. Hebt man diese Hautwülste in die Höhe, so bekommt man den Eindruck einer leeren oder mit einer flaumigen Substanz gefüllten Hauttasche. Die Haut der Umgebung ist nicht gerötet, überhaupt nicht pathologisch verändert."

Ganz ebenso waren bei unserer Patientin die Effloreszenzen beschaffen; jene livid bis violett gefärbten, seidenglänzenden, im Hautniveau liegenden Flecke, die im Fall von OPPENHEIM sich in großer Zahl fanden, waren auch in unserem Fall vorhanden, und zwar namentlich im Beginn der Affektion; es sind dies offenbar die Vorstadien jener „Pseudotumoren", welche den Abschluß des Prozesses darstellen.

Eine histologische Untersuchung konnte ich bei diesem Fall nicht vornehmen; bei der völligen Gleichartigkeit des klinischen Bildes kann es aber wohl keinem Zweifel unterliegen, daß auch die feineren Gewebsveränderungen sich nicht wesentlich von denen des OPPENHEIMschen Falles unterschieden haben werden.

In ihrem Verlauf und im klinischen Bilde sind also beide Fälle völlig gleich und gewiß als Atrophia cutis maculosa anzusprechen; beide Fälle müssen ferner der symptomatischen Form dieser Affektion zugerechnet werden. Die Grundkrankheit jedoch ist in jedem Fall eine andere: beim Falle OPPENHEIM sichere Anzeichen einer Lungentuberkulose, hingegen kein Syphilisverdacht; in unserem Fall keine Spur von Tuberkulose, hingegen eine unter ärztlicher Kontrolle abgelaufene typische Sekundärlues; die atrophischen Stellen entsprechend den früheren Lueseffloreszenzen lokalisiert, so daß ein Zweifel an der ätiologischen Rolle der Lues wohl kaum aufkommen kann.

Vollkommen identisch mit diesem Fall ist ein zweiter, den ich erst ganz kürzlich zu sehen Gelegenheit hatte, und der mir die Anregung gab, meine Beobachtungen zu veröffentlichen. Der Pat. gehört gegenwärtig dem Heeresverbande an, für die Überlassung des Falles zur Bearbeitung bin ich dem Chefarzt der venerischen Abteilung des Garnisonspitales, Hrn. Dr. R. v. PLANNER, zu bestem Danke verpflichtet.

Die Infektion mit Lues war 1910 erfolgt, anfangs nicht entsprechend behandelt worden; 1911 machte Pat. eine regelrechte Kur durch, bestehend aus vier endovenösen Salvarsan- und einer Anzahl Hg-Injektionen. Unter den Symptomen stand damals im Vordergrund ein ausgebreitetes, vorwiegend papulöses Exanthem. Die jetzt vorhandenen weißen atrophischen Stellen haben sich allmählich im Laufe der letzten zwei Jahre gebildet und sind seit langer Zeit unverändert. Außer geringer Vergrößerung der Leistendrüsen sind derzeit keine Syphilissymptome vorhanden, die WASSERMANN-Reaktion negativ.

Die atrophischen Stellen, vorwiegend am Rumpf und den angrenzenden Oberschenkelpartien in großer Zahl entsprechend den Spaltrichtungen der Haut angeordnet,

Digitized by Google

längsoval und meist nicht über linsengroß, entsprechen völlig der oben gegebenen Beschreibung: gefältelt, pigmentlos, scheinbar wie kleine Tumoren, beim Betasten jedoch sich wie leere Säckchen anfühlend. Ich hege kein Bedenken, auch in diesem Falle die Atrophien auf das seinerzeitige luetische Exanthem zurückzuführen.

Ich habe im Laufe der Jahre noch einige ähnliche Fälle gesehen, über die ich leider keine Aufzeichnungen besitze und die auch weniger ausgesprochen waren. Von einem dieser Fälle besitze ich jedoch histologische Präparate, welche die gleichen Veränderungen zeigen, wie sie auch von anderen Autoren als kennzeichnend für diesen Prozeß beschrieben sind:

Die Epidermis nicht wesentlich verändert, höchstens etwas verdünnt. Die Kutisgrenze präsentiert sich im Schnitt als eine fast gerade, nur spärliche Papillenreste zeigende Linie. Die nur an wenigen Stellen noch halbwegs erkennbaren Retezapfen sind ganz kurz und schmal. Die Cutis propria besteht durchwegs aus zartem, kern- und gefäßarmem Bindegewebe, fast ganz ohne elastische Fasern. Nur hier und da sieht man noch von Bindegewebszügen durchwachsene armselige Reste von Follikeln, Talg- oder Schweißdrüsen. Das Pigment fehlt vollkommen. Die spärlichen Gefäße sind von Rundzelleninfiltration umgeben.

Fälle von Atrophia maculosa, die sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit auf Basis einer Lues entwickelt haben, sind in der Literatur mehrfach zu finden; so führt Vignolo-Lutati einschlägige Berichte folgender Autoren an: Wilson, Nivet, Balzer, Mauriac und Reblaub, Vasilin, Wickham, Herscher, Fournier, Balzer und Fauer, Danlos, Dehérain, Balzer und Deshayes.

Ferner beschreibt Mibelli (4) einen Fall, der ein makulopapulöses Exanthem gehabt hatte, an dessen Stelle sich später die fleckweisen Atrophien entwickelten.

Matzenauer (5) stellte 1903 in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft ein Mädchen vor, bei dem gleichzeitig gruppiert papulöse Exanthemherde und umschriebene Sklerodermieherde (Morphaea) vorhanden waren, außerdem in Doldenform angeordnete alabasterweiße kleine Stellen. Er hält es für wahrscheinlich, daß diese Veränderungen eine Folge der Lues seien. Ich meine, daß man in diesem Falle unterscheiden muß: die kleinen weißen, ebenso wie die Syphilide gruppierten Atrophien stellen offenbar das Analogon zu unseren Fällen vor, es sind die Ausgänge der luetischen Infiltration. Die eingehende Erörterung, ob auch die Sklerodermieplaques, die erst geringe atrophische Erscheinungen zeigten, ebenso zu beurteilen sind, übersteigt zunächst den Rahmen meiner Ausführungen.

Grosz demonstrierte am 25. II. 1908 in der Wiener Dermat. Ges. ebenfalls einen Fall von makulöser Atrophie auf dem Boden luetischer Effloreszenzen.

Ferner hat Respighi (6) einen Fall beschrieben, wo bei einem

Digitized by Google

Mann an Stelle der kleinen erythematösen Plaques eines Syphilids kleine Sklerodermieherde aufgetreten sind.

Wie man sieht, wird bei einigen der angeführten Fälle die Sache dadurch ein wenig kompliziert, daß neben Atrophie auch von Sklerodermie die Rede ist. Die umschriebene Sklerodermie pflegt schließlich in Atrophie überzugehen und kann sicherlich dergestalt ebenfalls zum Bilde der Atrophia maculosa führen. Aber bei den Fällen meiner Beobachtung sowie den meisten der zitierten scheint der Atrophie kein sklerodermisches Stadium vorausgegangen zu sein, sondern die Atrophie hat sich offenbar nach einer gewissen Latenzzeit, wenn man so sagen darf, an den durch die vorausgegangenen luetischen Prozesse geschädigten Stellen entwickelt.

Nur auf letztere Form der Atrophie sollen sich diese Ausführungen beziehen, wie sich die Sache bei wirklicher Sklerodermie verhalten mag, möchte ich mangels eigener Erfahrung vorläufig lieber dahingestellt sein lassen.

Hingegen sei mir erlaubt, hinsichtlich der Frage der postluetischen Atrophien auf eine andere Beobachtung aufmerksam zu machen, die vielleicht geeignet ist, einiges Licht in die Sache zu werfen. Nobl (7) hat ein Symptom beschrieben, das er häufig bei Luetikern mit längerer Krankheitsdauer beobachtet hat. Es sind dies in Kreis- und Bogenform angeordnete, facettenartige, seidenglänzende Stellen an der Skrotalhaut, welche sich gewebsarm, verdünnt anfühlen und beim Anspannen der Haut verschwinden, während sie sonst eine bläulich schimmernde, fein gefältelte Oberfläche darbieten. Die atrophischen Flecke sind einer weiteren Veränderung nicht mehr fähig und bilden sich auch bei antiluetischer Behandlung nicht mehr zurück.

Histologisch sieht man alle Schichten der Haut rarefiziert, Pigment und elastische Fasern fast völlig geschwunden. Diese Flecke pflegen durchschnittlich 3—5 Jahre nach Beginn der Lues aufzutreten, und entstehen nach Nobl auf Basis früher dort bestandener, wenn auch oft klinisch nicht besonders in die Erscheinung getretener papulöser luetischer Infiltrationen, und bilden, da sie nicht mehr verschwinden, ein wertvolles Hilfsmittel für die Spätdiagnose der Syphilis.

Derselbe Autor hat später auf eine ähnliche Erscheinung aufmerksam gemacht (8), nämlich auf die weichen schlaffen, leeren Hämorrhoidalknoten ähnlichen Faltenbildungen der Analgegend, die nach papulösen Infiltraten dieser Region häufig zurückbleiben.

Diese Beobachtungen wurden hier angeführt, um zu zeigen, daß auch die Hautprodukte des sekundären Luesstadiums recht häufig Neigung zeigen, lokale Atrophien zu hinterlassen. Es

Digitized by Google

ist daher durchaus nicht verwunderlich, wenn es unter geeigneten Umständen manchmal zu dem etwas auffallenden Bild der Atrophia maculosa kommt.

Einmal darauf aufmerksam geworden, kann man ja diese atrophisierende Eigenschaft der Syphilide in gradueller Abstufung allenthalben wahrnehmen. So bleiben z. B. oft genug nach Primäraffekten sogenannte „Sklerosennarben" zurück, runde, weiße, von einem Pigmentsaum umgebene Stellen mit gefältelter Haut, weich anzufühlen, wie leer. Nur in der Minderzahl solcher Fälle wird es sich dabei um echte Narben, d. h. die nach Zerstörung eines Teiles des Papillarkörpers zustande gekommen sind, handeln, ein Vorkommnis, das in der Regel nur bei Sekundärinfektion, Verletzung oder therapeutischer Verätzung sich einstellen wird. Gewöhnlich jedoch führt ein Primäraffekt nicht zu echter Geschwürsbildung; es handelt sich also bei den vorerwähnten „Sklerosennarben" gewiß oft nicht um wirkliche, nach Ulzeration der Kutis entstandene Narben, sondern um sogenannte atrophische Narben, zustande gekommen durch Schwund des Kutisgewebes ohne Ulzeration.

Um ganz dieselbe Erscheinung handelt es sich zweifelsohne bei den so häufigen pigmentlosen Flecken, die an den sonst hyperpigmentierten weiblichen Genitalen nach Papeln zurückbleiben; wenn diese Flecke auch dem bloßen Auge meist nicht den Eindruck von Narben oder Atrophien machen, so wären gewiß unter dem Mikroskop meist mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Zeichen von Gewebsschwund nachweisbar.

Zu den durch Syphilis verursachten Atrophien ist schließlich auch das Leukoderma zu rechnen; auch dieses entwickelt sich oft genug auf dem Boden selbst makroskopisch sichtbarer Syphilide makulösen oder papulösen Charakters, und auch wo dies nicht der Fall zu sein scheint, liegen doch sicher lokale Gewebsschädigungen dem Phänomen zugrunde. Die Atrophie beschränkt sich eben dabei auf einen besonders empfindlichen Gewebsbestandteil, die Chromatophoren. Auch das Leukoderm zeigt die Eigenschaft, sich durch Behandlung nicht beeinflussen zu lassen; allerdings ist die Läsion gering genug, daß sie sich später meistens wieder ausgleicht.

Das Zurückbleiben von Atrophien im Gefolge von Luesmanifestationen der Haut ist also ein ungemein häufiges, geradezu regelmäßiges Vorkommnis. Ob es sich dabei nur um Pigmentverlust, oder um ausgesprochene atrophische Narben handelt, bedeutet nur einen graduellen Unterschied.

Rücksichtlich der Pathogenese des in Rede stehenden Prozesses dürften folgende Erwägungen in Betracht kommen. Nehmen wir zunächst den einfachsten Fall, so ist es ganz plausibel, daß der länger

Digitized by Google

dauernde Druck einer derben, chronisch-entzündlichen Infiltration allein hinreichen kann, einen teilweisen Schwund des befallenen Gewebes herbeizuführen, und mannigfaltige Tatsachen dieser Art in der Pathologie bestätigen diese Möglichkeit. Wenn man sich nun die außerordentlich große, oft knorpelartige Härte der Primäraffekte und gewisser papulöser Effloreszenzen der Genitalien, sowie die Hartnäckigkeit und lange Dauer solcher Infiltrationen vorstellt, so ist es durchaus nicht unwahrscheinlich, daß bei Syphilis der Druck des Infiltrates allein genügen kann, die beschriebenen Atrophien resp. atrophischen Narben herbeizuführen.

Andererseits lehrt aber die Kasuistik, daß ausgesprochene fleckförmige Atrophien in großer Zahl an der Haut des Rumpfes vorkommen, obwohl die vorausgegangenen Exantheme nur eine sehr geringe Infiltration aufwiesen. Diese Erscheinung ließe sich mit der Annahme erklären, daß dabei gewisse toxische Stoffe eine Rolle spielen.

Diese Erklärung wird von manchen Autoren für die Hautatrophien bei Tuberkulösen versucht. In der Tat ist ja die Neigung tuberkulöser Hauteffloreszenzen, insbesondere der sogenannten Toxituberkulide, zur Bildung atrophischer Narben sehr groß, ja für gewisse Formen (Folliklis) geradezu kennzeichnend. Oppenheim (2) suchte diese Ansicht durch ein Experiment zu stützen, indem er seiner Patientin eigenes Serum aus einer Vesikansblase injizierte. In der Tat bilden sich nach einiger Zeit in der Nähe atrophische Flecke.

Wenn man diese Toxintheorie für Tuberkulose gelten lassen will, so kann man sie auch für die Syphilis in Anspruch nehmen und dadurch das Auftreten der Atrophia maculosa ohne vorausgegangene stärkere Infiltration erklären.

Von manchen Autoren wird angenommen, daß die Nerven irgendwie eine mehr oder weniger wichtige Rolle spielen, vielleicht durch Störung gewisser „trophischer" Funktionen. Über diese Hypothese läßt sich wohl schwer ein Urteil fällen, da maßgebende Beweismomente dafür nicht vorliegen und selbst der Versuch einer experimentellen Stütze fehlt. Es ist allerdings als sicher anzunehmen, daß zur vollen Vitalität eines Gewebes auch das normale Funktionieren seiner Nerven gehört, und Ernährungsstörungen in Organen mit geschädigter Nervenfunktion sind bekannt genug. Aber ein so ausgeprägtes klinisches Bild wie die Atrophia maculosa kommt dadurch allein wohl nicht zustande.

Schließlich verdient aber noch ein Punkt Berücksichtigung. Keines der angeführten supponierten ätiologischen Momente, allein oder kombiniert wirkend, genügt, um in allen Fällen zur Atrophie zu führen; im Gegenteil, bei der Riesenzahl der luetischen Exantheme scheint die

Digitized by Google

Atrophia maculosa luetica eine große Seltenheit darzustellen. Es dürfte also noch ein Faktor erforderlich sein, und mangels besserer Erkenntnis bleibt uns nichts übrig, als diesen in einer besonderen Disposition gewisser Individuen zu erblicken.

Die bei jeder Gelegenheit beliebte Annahme einer „Disposition" scheint zwar ein lahmer Ausweg, ist aber vielleicht gerade in diesem Falle weniger vage als sonst oft; geradeso wie es bekanntermaßen Individuen gibt, die Neigung zur Bildung hypertrophischer, keloider Narben haben, ebenso kann es auch solche geben, die zu atrophisierenden Prozessen neigen.

Sonach hätten wir uns die Pathogenese der Atrophia maculosa cutis, und speziell der Atrophia maculosa syphilitica, etwa so vorzustellen:

Durch unmittelbare Einwirkung der Spirochäten kommt es zu umschriebenen Infiltraten chronisch-entzündlicher Natur von verschiedener Mächtigkeit. Sowohl der Druck des Infiltrates wie die von den Spirochäten gebildeten Toxine schädigen das Gewebe der Haut. Im Verlauf des Prozesses kommt es dann nicht nur zu einer Resorption des Infiltrates, sondern auch zu einem manchmal weitgehenden Schwund der Kutiselemente, der Follikel, Haare, Talg- und Schweißdrüsen, des Pigmentes und besonders der elastischen Fasern. Das Epithel bleibt dabei intakt, nie kommt es zu Ulzerationen. Durch das Schwinden so vieler wichtiger Elemente der Kutis ist dann die übrigbleibende Epidermis zu groß und fältelt sich. Die Kutis darunter zeigt eine stark verminderte Konsistenz, die dem tastenden Finger deutlich zur Wahrnehmung kommt. Als Endprodukt, das einer weiteren wesentlichen Veränderung oder Beeinflussung dann nicht mehr zugänglich ist, bleibt schließlich etwas übrig, was man ohne weiteres als atrophische Narbe bezeichnen kann. Zur Entwicklung des Phänomens ist jedoch eine besondere Disposition erforderlich.

Hinsichtlich des Gesamtbegriffes der Atrophia cutis maculosa überhaupt dürfte sich derzeit folgender Standpunkt empfehlen:

1. Die Atrophia cutis maculosa ist nicht als ein selbständiger Krankheitstypus aufzufassen, sondern lediglich ein Endzustand pathologisch ähnlicher Prozesse, wie sie z. B. durch Tuberkulose und Lues, aber auch durch andere, zu entzündlichen Infiltrationen führende Affektionen entstehen können.

2. Außer den genannten Ursachen und Vorgängen scheint zum Zustandekommen dieser Atrophie noch eine besondere individuelle Disposition erforderlich zu sein, über die wir gegenwärtig nichts Näheres aussagen können.

Digitized by Google

Literatur.

1. Rusch, Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. Arch. f. Derm., Bd. 81, S. 3. — Oppenheim, M., Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. Arch. f. Derm., Bd. 81, S. 127. — 3. Vignolo-Lutati, Über die Atrophia maculosa cutis. Mh. f. pr. Derm., Bd. 45, S. 329. — 4. Mibelli, Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker. Mh., Bd. 1900. — 5. Matzenauer, Wien. derm. Ges. 1913, Ref. Arch., Bd. 68, S. 439. — 6. Respighi, Un caso di Sclerodermia a piccole placche. Giorn. ital. delle mal. vener., 1894. — 7. Nobl, Über ein bisher nicht beschriebenes postsyphilitisches Merkmal. W. kl. W., 1903, S. 1157. — 8. Nobl, W. kl. W., 1907, Nr. 39.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

August 1914.

Syphilitische Heredität und kongenitale Syphilis, von William P. Boardman-Boston. In dieser zusammenfassenden Betrachtung kommt Verfasser in erster Linie zu dem Ergebnisse, daß es zwei Arten von erblicher Übertragung der Syphilis gibt: die erste ist die der virulenten Krankheit, welche fast immer eine Folge der mütterlichen Syphilis ist, die zweite ist die indirekte oder mit Dystrophie verbundene Form, welche in Mißbildungen und fehlerhafter geistiger und körperlicher Entwicklung besteht und sowohl von Vater wie Mutter herrühren kann. Die Hauptwirkung der erstgenannten Form ist fötale und in den ersten Lebensjahren vorkommende Mortalität. Bei Durchsicht der neuesten Literatur findet übrigens B., daß Syphilis keine so allgemeine Ursache der Fehl- und Frühgeburten ist, als allgemein angenommen wurde; vor allem scheinen Fehlgeburten (in den ersten Schwangerschaftsmonaten) relativ selten auf Syphilis zurückzuführen zu sein, während Frühgeburten (vom achten Monat ab) immerhin zu zwei Drittel durch Syphilis bedingt sind. Daraus müßte der Schluß ein berechtigter sein, daß in den meisten Fällen die Infektionen des Kindes in der späteren Hälfte der Schwangerschaft stattfinden. Was nun den Einfluß der Syphilis auf das lebend geborene Kind betrifft, so lehren die statistischen Zusammenstellungen, daß bei Erscheinungen, welche in den ersten vier Wochen sich zeigen, fast regelmäßig tödliches Ende folgt, bei solchen in den zweiten vier Wochen zwei Drittel und im dritten Monate etwa die Hälfte der Befallenen sterben. Die Wassermannsche Reaktion war nach den umfangreichen Untersuchungen Müllers bei den mit aktiven Erscheinungen zur Welt Gekommenen fast stets, bei den scheinbar gesund Geborenen, aber von syphilitischen Müttern Stammenden, in etwa 40% der Fälle positiv. Was das klinische Bild des neugeborenen syphilitischen Kindes betrifft, so sind das bekannte greisenhafte Aussehen des Gesichts, die faltige Haut, allgemeine Schwäche (schwaches Schreien) typisch. Von Symptomen beim neugeborenen Syphilitischen ist das gewöhnlichste Coryza, dann die schweren Hauterscheinungen (Pemphigus), Leber- und Milzvergrößerung, Drüsenschwellungen. Der zweifellos interessanteste Teil des Themas umfaßt die hereditäre Spätsyphilis; die Frage, ob dieselbe ohne frühere Symptome vorkommen kann, ist immer noch eine ungelöste, aber sicherlich waren in der Mehrzahl der Fälle leichte Erscheinungen vorhanden, die oft der Aufmerksamkeit der Eltern und Ärzte entgangen sind. Der Typus dieser Kinder ist meist geistige und körperliche Minderwertigkeit, blasses Aussehen, zuweilen verbunden mit Deformitäten verschiedener Art. Im Gegensatz zu diesem „ewigen Sorgenkinde" gibt es einen Typus des überernährten (allzu fetten)

Digitized by Google

Kindes, wovon Fournier drei Fälle anführt, und das spät Laufen und Sprechen lernt und in der Schule zurückbleibt. Hutchinsons Triade ist zwar pathognomonisch für Syphilis, wenn sie vorkommt, aber sie kommt sicherlich nur selten zur Beobachtung. Die charakteristischste (syphilitische) Störung von seiten der Ohren ist plötzliche doppelseitige Taubheit, die ohne erkennbare Ursache auftritt und wahrscheinlich auf Erkrankung der Gehörsnerven-Endigungen beruht; Behandlung ist ohne Erfolg, und bald entwickelt sich als weitere Folge Stummheit. Von den Augenveränderungen sind die häufigsten Neuritis optica in früher Kindheit, interstitielle Keratitis und Iritis bei älteren Kindern, aber noch häufiger in späteren Jahren Narben als Zeichen früherer Erkrankung. Ebenso auf der Haut und den Schleimhäuten. An den Urogenitalorganen findet sich oft allgemeine Entwicklungsstörung, sowohl beim männlichen wie weiblichen Geschlecht; die Pubertät stellt sich spät ein, und das Wachstum der Schamhaare ist ein spärliches. Auch Knochen, Gelenke, Gefäß- und Nervensystem können in verschiedener Weise, wie B. kurz erläutert, ein Angriffspunkt der hereditären Spätsyphilis sein. Was die Behandlung der Erbsyphilis betrifft, so hat uns die Wassermannsche Reaktion so wie nichts anderes gelehrt, daß wir die Behandlung wenigstens 3—4 Jahre in energischster Weise fortsetzen müssen. Quecksilbereinreibungen oder noch besser Einspritzungen — in den ersten drei Lebensmonaten lösliche Salze und später das Salizyl-Hg —, kombiniert mit Salvarsan oder Neosalvarsan (0.01 resp. 0,015 pro Kilo Körpergewicht), in die äußeren Jugular- oder die Kopfvenen injiziert, sind die Methoden der Wahl. Quecksilberbäder werden jetzt selten mehr gebraucht wegen der ungenauen Dosierung und der Vergiftungsgefahr bei Hautrissen. Jodkalium wird von Kindern wenig gut vertragen und sollte nur bei vorhandenen Gummata in kleinen Dosen gegeben werden. Je jünger das Kind, um so wirksamer wird übrigens durch eine energische Behandlung Dauerheilung erzielt.

Noguchis Luetinprobe auf Syphilis, von Allen Pusey und Arthur W. Stillians-Chicago. Die Probe wurde genau nach Noguchis Vorschriften ausgeführt, indem ein kleiner Tropfen der aus zwei Teilen Salzlösung und einem Teil Luetin bestehenden Lösung unter die Haut injiziert wurde, so daß ein kleines Bläschen entstand. Bei positiver Reaktion entwickelt sich aus demselben am dritten Tage ein größeres Bläschen, von einem roten Hof umgeben, am fünften Tage hat es wieder bedeutend an Größe abgenommen, ist aber bis zum siebenten Tage meist noch ganz deutlich vorhanden. Die Reaktion wurde im ganzen an 334 Fällen, wovon an 255 syphilitischen und 79 nichtsyphilitischen, ausgeführt. In den sieben Fällen von primärer Syphilis (mit noch bestehendem Schanker) war sie stets negativ, in den 104 Fällen sekundärer Syphilis nur 21 mal positiv, während hier 91 mal die Wassermannsche Reaktion positiv war; bei 122 Fällen von tertiärer (Spät-)Syphilis war das Ergebnis hingegen 89 mal positiv gegenüber 64 positiven Wassermannschen Reaktionen. Bezeichnend für den Wert der Luetin- als Ergänzung der Wassermannschen Reaktion ist, daß 18 der positiven Luetinfälle negativen Wassermann gaben. Von 22 Fällen von Tabes und allgemeiner Paralyse gaben $11 = 50\%$ ein positives Luetinresultat. Die zur Kontrolle an 79 Nichtsyphilitikern vorgenommene Luetinprobe war stets negativ. Vor allem ist dieselbe also ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel bei tertiärer oder Spätsyphilis, wo sie zweifellos eine Ergänzung der Wassermannschen Reaktion bilden dürfte.

Dermatitis exfoliativa, mit Bericht über einen Fall, von J. W. Miller-Cincinnati. Der Fall betraf einen siebenjährigen Knaben, bei dem das Leiden seit fünf Jahren bestand, zuerst den behaarten Kopf ergriffen und dann mit Unterbrechungen über den ganzen Körper mit Ausnahme von Handtellern und Fußsohlen sich verbreitet hat. Die Schuppen waren im Gegensatz zu anderen Arten von Dermatitis exfoliativa

Digitized by Google

klein, die Haut verdickt und stellenweise ödematös, Jucken in mäßigem Grade vorhanden, das Haar wurde brüchig und fiel aus. Das Allgemeinbefinden war ein gutes, nur zeitweise durch Temperaturerhöhungen (Fieberschauer) gestört. Bezüglich der Behandlung schien die Lassarsche (Zinksalizyl)-Paste am besten zu wirken, von inneren Mitteln Chinin Erfolg zu haben; ohne daß bereits völlige Heilung eingetreten wäre, besteht nach dem bisherigen Verlaufe Aussicht auf eine solche, wie Verfasser schließlich angeben.

Ein Fall von Bromeruption, von H. G. Irvine-Minneapolis. Patientin, 26 Jahre alt, verheiratet, hatte drei Jahre lang wegen Nervenleidens eine „Medizin", die Brom enthielt, genommen und zeigte sich nun mit einer auf die Unterextremitäten beschränkten Hauteruption, welche aus erhabenen, wuchernden, mit schmutzig-grauem Eiter bedeckten Wucherungen von unregelmäßiger Form und Erbsen- bis Handtellergröße bestanden. Die Granulationen waren von einem dunkelblauen Rand umgeben und ziemlich viel Schmerz verursachend. Nachdem mit der Brommedizin aufgehört worden ist, trat Abflachung der Wucherungen und baldige Heilung (nach zirka drei Wochen) ein. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Salvarsan, eine wirksame Behandlung von Gehirnsymptomen, die von Syphilis abhängen, von Joseph Collins-New York. (New York m. J., 16. Mai 1914.) Unter Anführung von drei Fällen, einen weiblichen und zwei männliche Patienten im Alter von 22—27 Jahren betreffend, weist C. auf die Notwendigkeit hin, in jedem Falle, wo Verdacht auf eine Hirngeschwulst besteht, die Wassermannsche Reaktion vorzunehmen. Der pathologische Prozeß, der sich in den drei Fällen abspielte, ging hauptsächlich von den Hirnhäuten aus, außerdem waren in zwei der Fälle Erscheinungen erhöhten Hirndruckes, wahrscheinlich eine Folge von Flüssigkeitszunahme innerhalb der Ventrikel, vorhanden; bei Syphilis im allgemeinen sind, wie auch in den vorliegenden Fällen, die Gehirnbasis und die Konvexitäten von der Entzündung (der Häute) befallen und dementsprechend die Symptome: heftige Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Schlaflosigkeit, Nackensteifheit, Monoplagien usw. In allen drei Fällen war der Erfolg von 3—4 Dosen Salvarsan resp. Neosalvarsan (0,45—0,9) im Verlaufe von 20—30 Tagen gegeben, ein ausgezeichneter und zum völligen Verschwinden der Symptome führend.

M. Stern-München.

Mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle, von St. Verzár-Nagyvárad. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 32.) Verfasser beobachtete in keinem einzigen von 378 Fällen Neurorezidive. Von 57 mit Neosalvarsan behandelten Kranken trat bei einem beiderseitige Nervus acusticus-Lähmung auf, die aber bei einer neueren Hg-Behandlung einer Besserung entgegenging. In einem zweiten Falle trat nach der ersten Dosierung von ebenfalls 0,5 g Neosalvarsan eine sehr starke Gastroenteritis ein, die erst nach zwei Monaten durch strengste Diät und medikamentöse Behandlung zum Schwinden gebracht worden ist. Wechselmann und Marschalkó stimmen darin überein, daß die richtigste Anwendung des neuen Mittels die ist, daß man in Zwischenräumen von einigen Tagen mit mehreren kleineren, steigenden Gaben die Kranken behandelt. Die Heilwirkung steht der des Salvarsans nicht nach. Verfasser schildert zwei Fälle: 1. Eine 39jährige Frau bekam

Digitized by Google

bei manifesten Syphilissymptomen nach Hg-Injektionen 0,3 g Salvarsan intravenös. Am fünften Tage waren bei gutem Allgemeinbefinden die Symptome ganz verschwunden. Sechs Wochen später hatte sie ständige und starke Schwindelanfälle, daß sie im Bett auch nicht einige Minuten sitzen konnte; dann Übelkeit, starkes Erbrechen. Im Bauche gegen die unteren Gliedmaßen ausstrahlende, zuckende Schmerzen. Der Puls war 58—64. Die Kranke ist bis zu einem gewissen Grade dement, apathisch, befaßt sich oft mit Selbstmordgedanken. Fünf Tage später trat linksseitige Fazialisparese auf. So dauerte es acht Tage, bis in die Vene neuerdings 0,25 g Salvarsan injiziert wurde. Am nächsten Tage war die Veränderung wunderbar, Übelkeit, Kopfschmerz, Schmerzen im Bauche waren verschwunden; der Gemütszustand der bis dahin apathischen, schläfrigen Kranken ist heiter; sie plaudert mit der Umgebung gern. Sie klagt nur noch über Schwindel, der auch bedeutend abgenommen hat. Die Fazialislähmung besteht unverändert, die Besserung machte rapide Fortschritte, so daß am fünften Tage alle Symptome verschwunden waren. Abgesehen von der Fazialislähmung war keine Spur von den sonstigen Symptomen. Hg-Jodbehandlung; acht Wochen später war auch die Lähmung behoben. Verfasser hielt den Fall für Meningitis basilaris syphilitica. 2. Ein 24jähriger Mann gebrauchte vor zwei Jahren gegen Lues Schmierkur und war seither vollkommen in Ordnung. In der linken Schulter jedoch und im Oberarm bestanden noch unwillkürliche Zuckungen, die im Schlafe aussetzten, so daß die Diagnose Hemichorea gestellt wurde. Arsen, Elektrisieren, Bäder hatten keinen Erfolg. 0,4 g Salvarsan. 5—6 Stunden nach der Injektion waren die Zuckungen lebhafter, aber am nächsten Tag hörten sie auf, und am zehnten Tage wurde der Kranke geheilt entlassen. Die Hemichorea faßte der Verfasser als ein Symptom der Lues auf. M. Porosz-Budapest.

Syphilis und Salvarsan, von A. Neisser-Breslau. (Intern. m. Kongr. in London, 1913, Springer, Berlin 1913.) Sowohl Hg wie Salvarsan sind Syphilisspirochäten angreifende chemische Stoffe, sie wirken — und zwar höchstwahrscheinlich direkt — sowohl abtötend wie entwicklungs- und vermehrungshemmend. Da sowohl der menschliche Organismus auf jedes der beiden Heilmittel in verschiedener Weise reagiert, als auch die Spirochäten in wahrscheinlich qualitativ verschiedenartiger Weise angegriffen werden, so ist es vorteilhaft, in jedem Falle und in jedem Stadium beide Medikamente kombiniert anzuwenden (Kontraindikationen des einen oder anderen Mittels ausgenommen). Die kombinierte Hg-Salvarsanbehandlung ist sowohl wirkungsvoller als auch ungefährlicher. Da jedoch das Salvarsan als spirochätentötendes Mittel dem Hg überlegen ist, daher schneller und intensiver wirkt, so ist es anzuwenden: 1. jedenfalls für alle frischen Fälle (Primäraffekt und frühsekundäre Fälle), 2. im Interesse des Zustandekommens einer gesunden und gesundbleibenden Nachkommenschaft bei syphilitischen Müttern, 3. bei namentlich im Frühstadium auftretender Syphilislokalisation an besonders wichtigen Organen und 4. bei Patienten mit Hg-Idiosynkrasie.

Die Neurorezidive sind keine durch das Salvarsan als solches bedingte Erscheinungen, sondern echte Syphilisrezidive, die fast immer einer unzweckmäßigen — meist zu kleinen — Gesamtdosis oder einer sonst unzweckmäßigen Anwendung des Medikamentes ihre Entstehung verdanken.

Um den Rezidiven mit möglichster Sicherheit vorzubeugen, ist es absolut notwendig, sich nie auf eine „Abortivheilung" zu verlassen, sondern in jedem Falle der ersten Kur nach 5—6 Wochen etwa eine zweite Kur folgen zu lassen, ehe das Rezidiv sich entwickeln kann. Die Behandlung dauert so lange, bis 4—5 mal bei fortgesetzter Therapie die Wassermannsche Reaktion negativ ist; wünschenswert wäre dann vor Abschluß der Behandlung auch eine Liquoruntersuchung.

Am akutesten wirkt die intravenöse Anwendung des Salvarsans; am nachhaltigsten

Digitized by Google

wirkt die intramuskuläre, Tatsachen, welchen in jedem Falle Rechnung zu tragen ist. Die Gesamtdosis einer Kur betrage 2,5—3,0 g bei Männern, 2,0 g bei Frauen; bei spezifischen Veränderungen des Nervensystems 5,0—6,0 g. Man beginne mit 0,1—0,2 und gebe dann 0,4—0,6, mit Intervallen von etwa zehn Tagen bei den hohen, weniger bei den kleinen Dosen.

Zur Verhütung der unangenehmen und mitunter sogar lebensgefährlichen Nebenwirkungen ist notwendig: 1. richtige Behandlung des Medikamentes und der Lösung (Zersetzung durch Oxydation, „Wasserfehler", „Glasfehler"), 2. vorsichtige Dosierung zwecks Erkenntnis einer eventuell vorhandenen „Idiosynkrasie" (0,1—0,2—0,3 Neosalvarsan, eventuell erst intramuskulär), 3. Verhütung einer Kumulation durch Injektion zu großer Dosen in zu kurzen Intervallen (daher am 1., 10., 30., 40. und 55. Tage oder am 1., 8., 22., 29. und 42. Tage und sorgsamste Prüfung der Nieren-, Leber- und Darmfunktion), 4. genaue Untersuchung des Patienten auf eventuell vorhandene Krankheits- und Degenerationsprozesse der Leber, des Gehirns, der Nieren und des Nervensystems (Alkoholismus, Nephritis).

Trotz aller Vorsichtsmaßregeln lassen sich einige Nebenwirkungen des Salvarsans nicht vermeiden, da sie durch die Einwirkung des Medikamentes auf die Spirochäten und auf die syphilitischen Krankheitsprozesse bedingt sind.

Als Schema der kombinierten Hg-Salvarsantherapie ist zu empfehlen: 1. In allen Fällen beginnen mit kleinen Dosen, 0,1—0,2. Die zweite Injektion soll erst 8—10 Tage später mit derselben oder etwas gesteigerter Dosis gemacht werden. 2. Zu gleicher Zeit oder eventuell schon vorher soll die Quecksilberbehandlung beginnen. 3. Folgen den ersten zwei Salvarsaninjektionen mit kleinen Dosen keine starken Nebenwirkungen (seitens des Nervensystems, des Magens und Darms), fehlen vasomotorische Erscheinungen während der Infusion, so kann man zu größeren Dosen bis 0,4—0,6 bei Männern, bis 0,3—0,5 bei Frauen übergehen; durchschnittlich 0,01 pro Kilo. 4. Sorgsame Beobachtung der Nierenausscheidung und der Darmfunktion ist durchaus erforderlich. Große Intervalle zwischen den Injektionen. 5. Allergrößte Vorsicht bei Alkoholikern, Neurasthenikern und Leberkranken. O. Gans-Hamburg.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von E. Jeanselme. (Monographies Cliniques, Nr. 72, Masson u. Co., Paris.) Verfasser bespricht zuerst kurz die Errungenschaften der Syphilidologie des letzten Dezenniums: experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida, Wassermann. Dann geht er ausführlich auf Salvarsan, seine chemische Zusammensetzung, die Herstellung der Lösung, die Technik der Anwendung und die unmittelbaren Folgen ein. Bei Besprechung der Ausscheidungsverhältnisse bringt Verfasser die chemische Untersuchung der Organe bei zwei Patienten, die mit einer akuten bzw. chronischen syphilitischen Meningitis behaftet und nach Verabreichung von Salvarsan gestorben waren. Es zeigte sich, daß sich das Arsen hauptsächlich in der Milz abgelagert hatte. Bei einem Versuche mit einer Ziege fand es sich vor allem in der Leber. Die gefundenen Arsenmengen waren aber minimal im Vergleiche zu den eingeführten. Eine ausführliche Besprechung widmet der Verfasser den Indikationen und Kontraindikationen und der serologischen Kontrolle der Resultate. R. Frühwald-Leipzig.

Abortive Behandlung der Syphilis recens mit Salvarsan, von N. Müllern-Aspegren-Stockholm. (Allmänna svenska Läkare tidningen, 1914, Nr. 6.) Verfasser bespricht das Thema aus der Literatur, und fügt dann 56 Fälle aus eigener Praxis hinzu. Am Schluß stimmt er folgenden drei Zitaten bei: Bettmann: An der Möglichkeit einer Abortivkur bei Syphilis (mittels Salvarsan) kann nicht gezweifelt werden. Rasch: Zwei Dinge sind gewiß, daß wir niemals mit einer früher angewandten Therapie so gute Resultate gehabt haben, und daß diese (Salvarsan)

Digitized by Google

Behandlung, wenn sie allgemeiner wird, in sehr hohem Maße die Ausbreitung der Syphilis hindern wird. NEISSER: Das Wichtigste, was wir zum Heil des Individuums und zur Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche machen können, scheint mir das zu sein, die Kenntnis der soeben besprochenen Abortivkuren (Salvarsan eventuell mit Hg zusammen) zwischen Ärzten und Laien zu verbreiten. W. Holland-Kristiania.

Nachtrag zu den Behandlungserfolgen nach Salvarsanbehandlung, von GENNERICH-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Kurze tabellarische Zusammenstellung der serologischen Verhältnisse bei den behandelten Primärfällen in den Jahren 1910—1913. A. Philippi-Salzschlirf.

Über das spätere Schicksal der im Kindesalter mit Salvarsan behandelten Luesfälle, von J. BÓKAY-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 6.) Von 26 mitgeteilten Fällen konnte Verfasser nur 10 Fälle unter ständiger Beobachtung halten. Von diesen erneuerten sich die Lueserscheinungen in 6 Fällen. Die rezidiven Fälle betrafen Säuglinge, die an Lues congenita gelitten haben. Die Erneuerung der Krankheitssymptome stellte sich nach $3^1/_2$, 4, 5, 7 und $11^1/_2$ Monaten ein. Die Rezidive waren in allen Fällen mild, und die Symptome bildeten sich bei Quecksilberbehandlung (unter Dosierung von Kalomel) rasch genug zurück. Von den dauernd geheilten 4 Fällen waren 2 Lues congenita und 2 Lues acquisita. Auf Grund seiner 4 Fälle (5 Wochen, 4 Monate, 1 Jahr, $1^1/_2$ Jahr) behauptet Verfasser nach 29, 24, 29 und 28 monatiger pünktlicher und ständiger Beobachtung, daß in diesen Fällen das in von EHRLICH ursprünglich vorgeschriebener Weise intraglutäal angewendete Salvarsan die Sterilisativmagen zur Folge hatte. Dies bekräftigt auch der Umstand, daß in allen 4 Fällen die WASSERMANN-Reaktion negativ ist. Daß Verfasser Salvarsan doch mit Quecksilberbehandlung kombiniert, findet seine Erklärung in der großen Zahl der Rezidive. M. Porosz-Budapest.

Intravenöse Injektionen von Sublimat, Hyrgol, Quecksilberoxyzyanat und Sublamin bei Rückfällen nach Salvarsanbehandlung, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (Am. J. Urol., August 1912.) Nach und nach mehren sich die nach Salvarsan eintretenden Rezidive und veranlassen auch begeisterte Verehrer des Salvarsans zur Publikation dieser Resultate. H. hat dabei einen eigentümlichen Unterschied zwischen Privatpatienten und poliklinischen Patienten konstatieren können. Er glaubt, daß dieser Unterschied weniger auf der verabreichten Dosis beruht, als darauf, daß bei den Privatpatienten der Behandlung der regelmäßige WASSERMANN in viel häufigerer Weise zugrunde gelegt wurde, als bei den poliklinischen Patienten. Da die Rezidive sich auffällig gemehrt haben, ist H. wieder zum Quecksilber in vielen Fällen zurückgekehrt und hat, um größere Wirkung zu erzielen, intravenöse Injektionen gemacht und zwar Sublimat in 11 Fällen, Hyrgol in 92, Quecksilberoxyzyanat in 114 und Sublamin in 15 Fällen. Er berichtet recht gute Resultate, die besonders in einigen, recht hartnäckigen Fällen zutage traten. Vertragen wurden die Injektionen meist recht gut, am besten Quecksilberoxyzyanat in einer Dosis von 0,02, gegeben in einer Lösung 1—1000. W. Lehmann-Stettin.

Rezidive und Reinfektionen nach der Salvarsanbehandlung der frischen Syphilis, von PAUL RAVAUT. (Presse méd., 1913, Nr. 75.) Der Verfasser warnt vor der Diagnose Reinfektion, wo es sich meist um ein Rezidiv in Form einer schankrösen Läsion handelt, welche auch an vom primitiven Schanker entfernt liegenden Körperteilen vorkommen kann. A. Gunsett-Straßburg.

Klinische und serologische Syphilisrezidive nach Salvarsan und deren Behandlung; eine serologische Studie über 651 Fälle mit 952 intravenösen Salvarsanbehandlungen und 3304 WASSERMANN-Reaktionen, von M. L. HEIDINGSFELD-

Digitized by Google

Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 1. November 1913.) Diagnose und Therapie der Syphilis ohne Berücksichtigung der Wassermann-Reaktion ist unwissenschaftlich und unbefriedigend. Salvarsan ist zwar kein unfehlbares Heilmittel, aber es ist gegenwärtig das wirksamste, das uns für die Behandlung der Syphilis zur Verfügung steht; 77% Heilungen in klinischer und serologischer Hinsicht sind mit seiner Hilfe zu verzeichnen. Die bleibenden 23% mit positiver Wassermann-Reaktion hat H. auf verschiedene Weise behandelt. Intravenöse Injektionen mit Hg oxycyanatum und Hg bichloratum in Lösung von 1:1000 und in Mengen von 100—200,0 waren in Hinsicht auf die Wassermann-Reaktion ermutigend, aber gastro-intestinale Störungen und obliterierende Phlebitis am Ort der Injektion wirkten abschreckend; 10%ige Lösungen von Natrium kakodylicum und Atoxyl gaben befriedigende Resultate, und zwar ist ersteres dem letzteren vorzuziehen. Gleichzeitig wurde auch Salvarsan gegeben. Unter dieser Behandlung, Natrium kakodylicum und Salvarsan, wurde eine Reihe von hartnäckig Wassermann-positiven Fällen schwach positiv oder negativ. Sonstige Behandlung in tonischer und diätetischer Hinsicht wurde natürlich auch nicht vernachlässigt. Alkoholgenuß wurde völlig verboten.

H. Fendt-Wiesbaden.

Über die Rezidive der Syphilis nach Arsenbehandlung, von Audry. (La Province méd., 1914, Nr. 1.) Der Verfasser behandelte 172 Syphilitiker, die seit über sechs Monaten und weniger als 34 Monate mit Altsalvarsan allein oder zusammen mit Quecksilber behandelt worden. 45 Kranke wurden während der Primärperiode behandelt. Davon zeigten 10 Rezidive und eine positive Wassermannsche Reaktion; meistens fielen die Rezidive in den 6. oder 8. Monat, aber auch 1—1½ Jahre später trat noch ein Exanthem auf. Von 111 Kranken, die während der Sekundärperiode behandelt wurden, bekamen 37 Rezidive. Letztere waren seltener bei Individuen, die zugleich merkurialisiert wurden. Der Verfasser hebt hervor, daß eine Abortivbehandlung durch Akkumulation von Salvarsandosen illusorisch ist. Dabei soll man nicht aus den Augen verlieren, daß bisher 260 Salvarsantodesfälle publiziert wurden. Von 16 Tertiärsyphilitischen endlich rezidivierten 5. Der Verfasser faßt seine Meinung dahin zusammen, daß, außer bei den meisten Schankern, die Wirkung des Salvarsans besonders eine momentane ist. Sie gibt absolut keine Sicherheit für die Spätresultate, und man muß mit ihr unbedingt eine intermittierende und chronische Quecksilberkur verbinden.

A. Gunsett-Straßburg.

Leichte Methode der intravenösen Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan, von E. G. Ballenger und Omar F. Elder-Atlanta, Georgia. (M. Record, 20. September 1913.) Die Verfasser injizieren mittels der Spritze, an die ohne Schlauchverwendung die Nadel exzentrisch angefügt ist, so daß die Spritze ohne Schwierigkeit an den Arm herangebracht und aufgelegt werden kann. Die Verfasser halten Salvarsan für wirksamer als Neosalvarsan und glauben, daß Neosalvarsan bei intramuskulärer Injektion rascher resorbiert wird; sie geben es darum meist Säuglingen.

W. Lehmann-Stettin.

Intravenöse Injektion von Salvarsan und Neosalvarsan, von Daniel Tucker Miller-Terre Haute, Indiana. (New York m. J., 11. Oktober 1913.) M. hält es für zweifellos, daß mit einer einzigen intravenösen Salvarsaninjektion Syphilis definitiv geheilt werden kann; je früher im Primärstadium es gegeben wird, um so besser der Erfolg. Während es gefährlich sei (? Refer.), Neosalvarsan Patienten, die mit Hg oder Jod gesättigt seien, zu geben und nicht ratsam, die Behandlung mit letzteren unmittelbar an eine Salvarsaninjektion anzuschließen, scheint M. trotzdem die Kombination der neuen und alten Methode zur größten Sicherheit der Patienten empfehlenswert, also wohl getrennt durch gewisse Zwischenräume. Im allgemeinen zieht er nun das Neosalvarsan

Digitized by Google

wegen seiner geringeren Giftigkeit und Nebenerscheinungen vor. Gegenindikationen gegen Salvarsan sind vor allem vorgeschrittene Brightsche Krankheit und Myokarditis, aber auch Erkrankungen des Nervensystems. M. schätzt die jährliche Zahl der neuen Syphilisfälle in den Vereinigten Staaten auf 275000, die Zahl der noch nicht oder mangelhaft Behandelten auf 3 Millionen, und diese böten ein großes Feld für die dankbare Anwendung der neuen Methoden. M. Stern-München.

Ein neues Verfahren der intravenösen Salvarsaninjektionen, von Alexandrescu-Dersca. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 7.) Verfasser bedient sich einer Lüerspritze von 1—2 ccm Inhalt. Die Lösung des Neosalvarsans findet in der Phiole selbst statt. Er fängt an mit 0,15—0,3 und fährt fort mit 0,45, seltener 0,6, wöchentlich eine Injektion, an einigen Kranken achtmal nacheinander. Die Vorteile dieses Verfahrens seien folgende: einfache Spritze, Kürze der Zubereitung, keine Assistenz, langsamere Ausscheidung der konzentrierteren Lösung aus dem Körper und daher längere Wirkung, ambulante Behandlung während der beruflichen Tätigkeit. W. Haas-Hamburg.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege, von Anton Blumenfeld. (W. m. W., 1914, Nr. 49.) Die häufigsten Soldatenkrankheiten sind die Hyperidrosis pedum und die Krätze. Beide verlangen eine möglichst rasche Beseitigung. Von Ekzemen werden akute und chronische beobachtet, am meisten die Intertrigo. Weiter finden sich Follikulitis und Furunkulose und schließlich Fälle von Trichophytie. Weiterhin kommt Verfasser auf die Bedeutung und Behandlung der drei Geschlechtskrankheiten zu sprechen. Hierbei erwähnt er, daß maligne tertiäre Formen keineswegs durch Strapazen, sondern durch schlechte Behandlung bedingt seien. Von einer Prophylaxe verspricht er sich wenig und ist überzeugt, daß nach dem Kriege die Zahl der Geschlechtskranken erheblich zunehmen werde. H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

Das k. k. österr. Ministerium des Innern hat bestimmt, daß der jetzt bei der Broterzeugung zugelassene Zusatz von **Maismehl** seitens der Brotbäckereien in den **Pellagragebieten** (Südtirol, Küstenland, Bukowina) nicht verwendet werden dürfe.

Assistenzarzt Dr. Karl Taege wurde mit der Leitung der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B. an Stelle des verstorbenen Prof. Jacobi beauftragt.

Oberstabsarzt d. R. Dr. Rudolf Krösing-Stettin ist verwundet.

Priv.-Doz. Regimentsarzt i. E. Dr. Richard Volk-Wien erhielt das Goldene Verdienstkreuz mit der Krone am Bande der Tapferkeitsmedaille.

Ob. San.-Rat Prof. Ernst Finger wurde zum Vorsitzenden der Gesellschaft für die gesamte Therapie in Wien gewählt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. Februar 1915 | Nr. 9 | Band 60

Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der Vagina.

Von

Oberarzt Dr. med. Ludv. Nielsen, Kopenhagen.

Die nachfolgende Krankengeschichte bietet kasuistisches Interesse dar wegen der sehr seltenen Lokalisation des Primäraffektes.

Die Patientin, ein 29jähriges unverheiratetes Dienstmädchen, wurde am 14. Febr. 1914 in meine Abteilung des Frederiksberg-Hospitales aufgenommen. Früher keine venerische Krankheit. Eine Entbindung vor vier Jahren, gesundes Kind, niemals Abortus; jetzt zum zweitenmal schwanger im sechsten Monate. Der Ansteckungszeitpunkt kann nicht erörtert werden, liegt aber wahrscheinlich ungefähr vier Monate zurück, weil sie während 7—8 Wochen an Ausschlag auf den Genitalien, Haarausfall und Kopfschmerzen gelitten haben soll; sie ist nicht behandelt worden.

Bei der Aufnahme ins Hospital fanden sich zahlreiche exkoriierte Papeln in der Regio anogenitalis, keine Induration weder hier noch extragenital. Dagegen bemerkte man auf der vorderen Wand der Vagina, gerade links von der Mittellinie und ungefähr 3 cm unterhalb des Anschlusses der Vagina an das Collum uteri, den oberen Rand einer schief ovalen Infiltration, am meisten einem Dreiecke mit sehr abgerundeten Ecken ähnlich, ungefähr 2 cm breit und ungefähr $1^1/_2$ cm hoch. Der ungefähr 2 mm breite, etwas wallartig erhabene Rand der Infiltration war von der umgebenden normalen Schleimhaut gut abgegrenzt und wesentlich von derselben Farbe wie diese; er schloß ein etwas tiefer liegendes Plateau ein, das von einer senkrecht gestellten, ziemlich tiefen und scharf abgegrenzten, schmalen Ulzeration (ungefähr 10 + 3 mm) mit dunkelrötlichem, leicht blutendem Boden und von einer hieran stoßenden größeren, flach vertieften, glatten, gelblichroten Farbe gebildet wurde. Sowohl mittels Sonden- als Digitalpalpation fühlte man eine ausgesprochene und wohl abgegrenzte Induration. Im Abschabe der Ulzeration wurden im Dunkelfeld ziemlich viele Spirochaeta pall. nachgewiesen. Bei der Exploration fühlte man keine Drüsenschwellung im kleinen Becken, in der rechten Leiste fünf, in der linken vier ziemlich kleine, etwa bohnengroße, skleröse, indolente Drüsen; ferner Polyadenit. axill., cervic. post. et submandib., Roseola trunci, Defluv. capill., Erosiones lingv., palati et tonsill. und Cephalalgie; kein Leukoderma. Es war kein Zeichen von Gonorrhoe, kein Ausfluß aus dem Canal. cervic. und keine Erosion am Collum uteri, keine Elytritis. Patientin hat keine Schmerzen und keinen Ausfluß aus der Vagina gespürt. Die übrige objektive Untersuchung zeigte nichts Abnormes. Harn ohne Eiweiß und Zucker. Hämoglobin 80. Gewicht 58,10 Kilo. Wassermann 0, 0, 0, 0, 40, 100; Herman-Perutz +.

Nach einer Behandlung mit 60 Hg-Einreibungen à 4 g und 60 cg Sublimat innerlich, samt mit 10% Kalomelvaseline auf Wattetampon in der Vagina, zeigte sich als Rest des Ulcus induratum, welches schon zehn Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus geheilt war, nur ein ganz schmaler, nicht infiltrierter Narbenstreifen, schwer nachweisbar zwischen den normalen Falten und Furchen der Vagina. Abgesehen von un-

Digitized by Google

bedeutender Drüsenschwellung waren auch die übrigen Symptome geschwunden, und Wassermann war am 30. April, $2^1/_2$ Monate nach der Aufnahme, negativ.

Zufolge dem oben beschriebenen klinischen Verhalten der Vaginalaffektion, im Verein mit dem Nachweise von Spiroch. pall., hat dieselbe ganz den Charakter eines wohl ausgesprochenen, teilweise vernarbten Ulcus induratum. Die demselben entsprechende primäre Lymphdrüsenschwellung sollte sich im kleinen Becken finden, indem nur das untere Drittel der Vaginalschleimhaut mit den Leistendrüsen in Verbindung stehen soll. Die Schwellung dieser letzteren, welche in diesem Falle im ganzen nicht sehr groß waren, zeigte auch kein stärkeres Hervortreten einzelner Drüsen. Durch die Exploration wurde indessen keine Drüsenschwellung im Becken nachgewiesen, eine solche ist aber auch nicht in anderen Fällen von Vaginalschanker gefunden worden (Rille, Bockhart u. a.), ebensowenig wie es in den weit häufigeren Fällen von Ulcus induratum colli uteri, soweit es Fournier[1]) bekannt ist, jemals eine primäre Drüsenschwellung im Becken nachgewiesen ist, obgleich sie auch bei diesen theoretisch an dieser Stelle zu finden sein sollte.

Nach Fournier (a. a. O., S. 123) ist der syphilitische Schanker in der Vagina selbst, also abgesehen vom Introitus, so überaus selten, daß er nach den nur wenigen vorliegenden authentischen Fällen eines solchen nicht imstande ist, seine Symptomatologie genau anzugeben. In einer persönlichen Statistik syphilitischer Genitalschanker bei Weibern, 249 Fälle umfassend (a. a. O., S. 119), führt er nur einen an, den er überdies als unsicher betrachtet, in der Vagina (im Introitus vaginae aber neun und auf dem Collum uteri 13).

Indessen liegt eine spätere Mitteilung von Rille[2]) vor, nach welcher dieser die überraschend große Zahl von 21 syphilitischen Primäraffekten in der Vagina selbst (abgesehen vom Introitus) beobachtet hat, und unter diesen 18 sogar im Laufe von nur zwei Jahren unter dem großen Materiale der Wiener Klinik für Syphilis.

Rille fand in einigen Fällen gleichzeitig mit dem Vaginalschanker auch Schanker auf den Genitalia externa und dem Collum uteri. Als Regel hatte er den Charakter einer sogenannten Pergamentsklerose, höhere Grade von Induration gehörten zu den Ausnahmen. Am häufigsten war er klein, ungefähr von Linsengröße, bisweilen nur hanfsamengroß (Zwergschanker), und konnte dann bei Lokalisation in Furchen oder Vertiefungen der Columna rugarum schwer zu finden sein. Rille hat

[1]) Fournier, Traité de la syphilis, 1899, Bd. 1, S. 126. — [2]) Rille, Über den syphilitischen Primäraffekt in der Vagina. (Naturforscherversammlg., Frankfurt a. M., 1896.) Mh. f. pr. Derm., 1897, Bd. 25, Nr. 1, S. 50. — Rille, Zur Kenntnis der syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion. D. m. W., 1904, 30. Jahrg., Nr. 17, S. 624.

Digitized by Google

jedoch auch größere Vaginalschanker gesehen, zweimal sogar von mehr als Markstückgröße. Übrigens wichen sie nicht wesentlich von Sklerosen an anderen Stellen ab. Das Ulkus war glatt und eben oder höchstens leicht vertieft, rotbraun glänzend mit geringem serösem Exsudate oder mit einer dünnen, weißlichgelben, festsitzenden Pseudomembran gedeckt. Immer scharf begrenzt mit einem nicht unterminierten Rande, welcher im Niveau der Ulzerationsbasis lag und nur bei größeren Ulzera leicht erhaben war. Die Form kreisrund oder länglich, oval; ganz kleine Ulzera, in Vertiefungen einer stärker gefalteten Vaginalschleimhaut sitzend, konnten eine unregelmäßige, gezackte Kontur haben. In vielen Fällen fand sich nur ein einzelnes primäres Vaginalgeschwür, bisweilen mehrere, selbst bis fünf oder sechs, wie es bei zwei Kranken, von welchen die eine eine Gravida war, beobachtet wurde. Der Schanker konnte überall in der Vagina vorkommen, am häufigsten wurde er auf der hinteren Vaginalkolumna gesehen. Seine gewöhnliche geringe Größe und schwache Induration bedingten eine meistens ziemlich ephemere Dauer, ein Bestehen von mehr als 3—4 Wochen gehörte zu den Ausnahmen, selbst ohne spezifische Lokalbehandlung. Dies ist nach der Annahme Rilles die Hauptursache der immer behaupteten extremen Seltenheit der primären Vaginalsyphilis, und er vermutet, daß viele Fälle von frischer Syphilis ohne nachweisbare Induration oder primäre Drüsenschwellung (anscheinend Syphilis d'emblée) bei Weibern durch primäre Infektion an der Vagina selbst entstehen.

In den von Rille erwähnten Fällen von vaginalen Schankern, wo es sich also bisweilen um eine ganz minimale, hanfsamengroße Affektion mit sehr schwach ausgesprochener Induration handeln kann, muß die Diagnose jedoch nicht immer so ganz einfach und deswegen auch kaum so ganz sicher sein, wenn sie nicht, wie es hier der Fall ist, durch die sonst nachweisbare primäre Skleradenitis oder durch den Nachweis von Spiroch. pall., deren Entdeckung (1905) ja später als die Abhandlung Rilles fällt, gestützt werden kann. Die in dieser Abhandlung erwähnten Fälle sind übrigens nicht durch Wiedergabe von Krankengeschichten erhellt. In einer beigefügten Abbildung sieht man mehrere Schanker auf einer ausgestülpten Vagina bei Prolapsus uteri. Die unter diesen Verhältnissen veränderte und leicht traumatisable Vaginalschleimhaut wird selbstverständlich weit günstigere Bedingungen einer Infektion darbieten als normal.

Von den genannten von Rille am häufigsten vorgefundenen Eigentümlichkeiten wich der Vaginalschanker in dem hier mitgeteilten Falle durch die bedeutendere Größe ($2 \times 1^1/_2$ cm), den wallartig erhabenen Rand, die stärker ausgesprochene Induration und die recht tiefe Ulzera-

Digitized by Google

tion ab. Dieses Verhalten wird offenbar durch die ebenfalls sehr ungewöhnliche Dauer des Schankers bedingt. Da die Papeln auf den Genitalien der Patientin und die generellen Symptome in 7—8 Wochen vor der Aufnahme ins Hospital vorhanden gewesen sein sollen, hat der Schanker wahrscheinlich seit ungefähr drei Monaten bestanden, während, wie angeführt, eine Dauer von mehr als 3—4 Wochen zu den Ausnahmen gehören soll, auch, wie hier, in unbehandelten Fällen. Als mögliches ursächliches Moment dieses ungewöhnlichen Verhaltens kann nur die Gravidität der Patientin angeführt werden, ebenso wie man vermuten kann, daß die in diesem Zustande mehr sukkulente und spröde Vaginalschleimhaut Anlaß zur Infektion durch ein Bersten während der Kohabitation oder vielleicht eher während eines früheren unzweckmäßigen Einführens von Vaginalrohr zur Ausspülung gegeben haben kann, was die etwas unregelmäßige Form des Schankers wohl andeuten könnte. Es könnte wahrscheinlich sein, daß ein kleines Trauma, eine Exkoriation der Vagina durch unsanftes Einführen eines Ausspülungsrohres im ganzen öfters eine mitwirkende Ursache des Entstehens der Schanker an dieser Stelle gewesen sein könnte. In einem Falle von Bockhart[1]) und in einem anderen, mitgeteilt von Barbiani[2]), zeigte der Vaginalschanker im wesentlichen dasselbe Verhalten wie bei der obigen Patientin. Im ersten Falle wies der Verfasser als Ursache sowohl der Lokalisation als der übrigen abweichenden Verhältnisse des Schankers, welcher in ungefähr 5—6 Wochen bestanden hatte, eine fortwährende Benutzung von „Stachel-" oder „Reiz-Kondom" bei den überaus häufigen Kohabitationen nach. In dem Falle Barbianis wurde der Vaginalschanker ungefähr eine Woche nach dem Hervortreten des generellen Exanthems wahrgenommen und hatte wohl also ungefähr sieben Wochen bestanden; hier wird die Ursache der Lokalisation einer Vaginitis mit alkalischem Ausflusse, herrührend von einer starken Endometritis, zugeschrieben.

Wenn auch der Vaginalschanker zufolge den Erfahrungen Rilles also keine so extreme Seltenheit zu sein scheint, wie gewöhnlich selbst von den erfahrensten Syphilidologen angenommen wird, muß die Vagina doch immer zu den seltensten Lokalisationen der syphilitischen Primärinfektion gerechnet werden, ganz im Gegensatz zu dem, was im voraus zu erwarten wäre, wenn man die Funktion der Vagina und die gewöhnliche Infektionsweise in Betracht zieht. Diese relative Immunität der Vaginalschleimhaut gilt bekanntlich auch sekundären syphilitischen Ex-

[1]) Bockhart, Max, Ein Fall von hartem Schanker der Vagina. Mh. f. pr. Derm., 1885, Bd. 4, Nr. 12, S. 417. — [2]) Barbiani, Guido, L'immunità della vagina per le affezioni veneree e sifilitiche. Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, 1900, 35. Jahrgang, S. 6.

Digitized by Google

anthemen und für einen wesentlichen Teil auch tertiären Affektionen, ebenso wie Ulcus venereum und Gonorrhoe (bei Erwachsenen), gegenüber (auch primäres Karzinom und Tuberkulose sind äußerst selten in der Vagina). Die Ursache dieser besonderen Resistenz der Vaginalschleimhaut gegen Infektionen sucht man gewöhnlich in ihrem eigentümlichen anatomischen und physiologischen Verhalten, so in dem dicken und resistenten Epithel und der großen Erweiterungsfähigkeit der Vaginalwand, welche gegen Traumen als Eingangsöffnungen für Infektionen beschützen sollte, ferner in dem Mangel an Drüsen und namentlich auch (wie unter anderem besonders von Barbiani hervorgehoben) in dem unter normalen Verhältnissen, einer Infektion ungünstigen, sauren Vaginalsekret[1]). Es handelt sich hier aber nur um Hypothesen, die wirkliche Ursache der relativen Unempfänglichkeit der Vagina für die erwähnten Infektionen ist noch nicht nachgewiesen.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1914, Heft 4.

1. Generalisierte Kaninchensyphilis, von Gian Luigi Colombo. Verfasser verimpfte ein Stück eines spirochätenhaltigen Kaninchenhodensyphiloms in die vordere Kammer eines Kaninchens; außer den reaktiven Erscheinungen zeigte das Auge in der Folge keinerlei Veränderung. Dagegen wurde 54 Tage nach der Inokulation ein Knötchen im linken Hoden gefunden. Dieses wurde rasch größer und ergriff innerhalb einer Woche den ganzen Hoden. Dieser war vergrößert, sehr derb, an der Haut adhärent. In der linken Seite geschwollene Drüsen. Verfasser inzidierte den Hoden und fand in dem aus seiner Tiefe entnommenen Materiale reichlich Spirochäten. Der Fall ist bemerkenswert, da eine Allgemeininfektion des Kaninchens ohne lokale Erscheinungen am Infektionsorte erfolgte. Allerdings hält es Verfasser nicht für ausgeschlossen, daß sich nur eine geringfügige Manifestation am Auge entwickelt habe, die übersehen wurde.

2. Zur Kenntnis der sogenannten Hautblastomykose, von G. B. Dalla Favera. Ausführliche Beschreibung des bereits früher veröffentlichten Falles (diese Zeitschr., Bd. 59, S. 1308). Daran anschließend eingehende Besprechung.

3. Beitrag zum Studium der professionellen Leukodermien und Melanodermien, von Carlo Vignolo-Lutati. Verfasser fand bei vielen Schmieden eine charakteristische Hautveränderung auf der Beugefläche des linken Armes. Sie besteht in kleinen, runden oder ovalen, punktförmigen bis linsengroßen, weißen oder braunen Flecken, die teils isoliert stehen, teils konfluieren. Die meisten Flecke liegen im Hautniveau, sind auf der Oberfläche glatt, nicht schuppend, leicht glänzend, von normaler Hautfelderung und Konsistenz. Nur einige der Flecke sind deprimiert, stärker glänzend, ohne Hautfelderung,

[1]) In dem normalen Vaginalsekret sollen Döderlein und Zweifel Gärungsmilchsäure, durch die Vaginalbazillen produziert, nachgewiesen haben. (N. Cukor, Über die Bedeutung des Milchsäuregehaltes im weiblichen Vaginalsekret und über die Rolle der Milchsäurepräparate in der Gynäkologie. Ref. in Mh. f. pr. Derm., 1910, Bd. 50, S. 517.)

Digitized by Google

von geringerer Konsistenz. Die Veränderungen kommen von den Funken, die beim Hämmern des glühenden Eisens auf den linken Arm, der das Eisen hält, fliegen. Doch ist Verfasser der Ansicht, daß es sich meist nicht um den Effekt einer Verbrennung handelt.

4. Ein Fall von angeborener Elefantiasis der unteren Extremität, von Giacomo Zaccarini. Der fünfjährige Knabe war schon mit einer Verdickung des linken Beines auf die Welt gekommen; diese nahm in den folgenden Jahren zu und führte schließlich zu einer hochgradigen Verunstaltung. Die Verdickung nahm distalwärts zu. Die stärkste Deformität begann am Fußgelenk, das einen Umfang von 26 cm (gegen 16 cm rechts) hatte. Der Fuß war nach einwärts gedreht, so daß der äußere Knöchel nach vorne, der innere nach hinten gekehrt war.

Heft 5.

1. 4000 Wassermannsche Reaktionen, von Mario Mantovani. Auf Grund seines Materiales kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß die Wassermannsche Reaktion ein Symptom der Syphilis darstellt, das nicht notwendigerweise vorhanden sein muß. Auf die Diagnose, Therapie und Prognose kann sie noch keinen entscheidenden Einfluß haben; die klinische Untersuchung ist ihr überlegen. Verfasser ist ferner der Ansicht, daß die positive Reaktion außer im primären Stadium, bei geheilter Syphilis, bei Rezidiven und bei einigen Protozoenkrankheiten und bei sehr seltenen Leiden, das Vorhandensein gewisser, durch die Spirochäten bedingter Stoffe im Serum beweise. Deshalb hat die Reaktion nur geringen Wert für die Differentialdiagnose zwischen einem Rezidiv und einer nichtsyphilitischen Krankheit.

2. Dyskeratoma naevicum (Psorospermosis follicularis vegetans Darier), von Angelo Bellini. Eingehende klinische und histologische Beschreibung dreier eigener Beobachtungen und ausführliche Besprechung des Themas, die zu kurzem Referate nicht geeignet ist. Bemerkenswert ist die Namensgebung. Die Primäreffloreszenz ist ein kleiner Tumor, in dem die Dyskeratose vorherrscht, deshalb der Ausdruck: Dyskeratoma; um die wahrscheinlich kongenitale Natur des Leidens anzudeuten, fügt Verfasser „naevicum" hinzu.

3. Übertragung einer Emulsion eines Leproms auf einen niederen Affen. Entstehung eines primären, subkutanen Knotens auf dem linken Arme und sukzessiver sekundärer Knoten auf dem rechten Arm, von Giuseppe Verrotti. Die wiederholte intrakardiale Injektion leprösen Materiales hat weder bei Kaninchen noch bei einem niederen Affen während einer 17monatigen Beobachtungszeit einen positiven Effekt gehabt. Dagegen hatte die kombinierte intrakardiale und subkutane Impfung bei einem Zerkopithekus folgenden Erfolg: die subkutane Infektion folgte einen Monat auf die intrakardiale; es entstanden nach 13 Tagen subkutane Knoten an den Injektionsstellen, die zahlreiche Leprabazillen enthielten. Nach einem Jahre wurde die kombinierte Infektion gleichzeitig wiederholt. Nach zwei Monaten entstand ein Knoten an der Inokulationsstelle; 15 Tage später erschien ein Hautknoten auf dem anderen Handgelenke, der von sieben submiliären Knötchen auf dem Unterarme gefolgt war. Diese Knoten, die sehr rasch verschwanden, enthielten alle Leprabazillen. Bemerkenswert ist in diesem Falle das Auftreten von leprösen Produkten entfernt von der Inokulationsstelle. Verfasser denkt an eine Sensibilisierung des Organismus durch die wiederholten Inokulationen.

4. Beitrag zum Studium der Acariasis felina beim Menschen, von Vittorio Barbaglia. Der Kranke litt seit etwa einer Woche an einem heftigen, nachts exazerbierenden Pruritus der am Rücken begonnen hatte und sich auf die Arme, Flanken,

Digitized by Google

Beine, Hände und den Kopf ausdehnt. Gleichzeitig wurde er von einer Hauteruption, die sich rasch ausbreitete, befallen. Die Dermatose stellte sich dar als kleine Knötchen, höchstens von der Größe eines Centesimostückes, die isoliert standen, von Blutpunkten und -krusten bedeckt und von einem leichten roten Hofe umgeben waren. Es fanden sich keine eigentlichen Papeln, aber einige miliariaähnliche Bläschen. Die Effloreszenzen waren verstreut, nicht an die Follikel gebunden; in großer Zahl standen sie auf Armen und Beinen, nur vereinzelt auf dem Rücken. Die Prädilektionsstellen der Skabies waren frei; es fanden sich keine Milbengänge. Durch 5%ige Schwefelsalbe wurde die Affektion geheilt. Der Kranke gab an, daß er von einer Katze infiziert sein dürfte; Verfasser hatte Gelegenheit, diese zu untersuchen. Sie zeigte an den Ohren, an der Schnauze, der Stirne und den Vorderbeinen haarlose Stellen, schuppende und krustöse Effloreszenzen. In diesen fand Verfasser zahlreiche Eier und Milben in verschiedenen Entwicklungsstadien; diese erwiesen sich als Sarcoptes minor oder notoedrus. Es gelang auch mit den Hauteffloreszenzen der Katze einen Leprösen zu infizieren.

R. Frühwald-Leipzig.

Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma.

September 1914.

1. Sifilodermi nodulogummosi wie polymorphe fibröse Hautknoten, von Roberto Campana. Verfasser hat öfters bei erbsyphilitischen Individuen eigentümliche, wie gewöhnliche Fibrome aussehende Knoten gesehen, deren histologische Beschaffenheit er eingehend beschreibt. Er ist überzeugt, daß ähnliche Befunde auch bei anderen chronischen Hautentzündungen erhoben werden können, doch möchte er die Häufigkeit des Vorkommens bei Syphilis besonders hervorheben. Es dürfte sich nicht um ein syphilitisches Produkt handeln, sondern um eine eigenartige Reaktion des syphilitischen Organismus.

2. Fall von schwerer gummöser hereditärer Syphilis, nur auf einen Unterarm lokalisiert, von G. Garibaldi. Der Titel sagt das Wesentliche.

3. Über die Kombination von chronischer Malaria mit Erbsyphilis bei Kindern, von R. Campana. Chronischer Milztumor und lange anhaltendes Fieber werden bei Kindern meist auf chronische Malaria bezogen. Die Beobachtung hat aber gezeigt, daß auch beide Erscheinungen durch Erbsyphilis bedingt sein können. Deshalb muß man in solchen Fällen, die auf Malariatherapie nicht reagieren, stets auch an Erbsyphilis denken; schon manche Fälle, die als Malaria angesehen worden waren, sind durch Quecksilberbehandlung rasch geheilt worden. Natürlich können auch beide Erkrankungen gleichzeitig vorkommen.

4. Andere Kulturmedien für Mikrosporon furfur, von Antonino Zappalà. Verfasser hat abgeschabte feinste Schüppchen von Pityriasis versicolor in die Höhlung des unteren Kieles von Hühnern und Gänsen gebracht; das offene Ende wurde zugebunden und der Kiel in den Brutschrank gebracht. Nach 20 Tagen zeigte sich, daß die Feder ihre natürliche Klarheit verloren hatte und eine gleichmäßige weißliche Trübung zeigte; andere wiesen eine Menge weißlicher Punkte auf. Im Geschabsel von diesen Trübungen wurde Mikrosporon furfur nachgewiesen; ebenso gelang es aus ihm durch Übertragung auf einen Glykosenährboden den Pilz zu züchten.

5. Über die Wirkung einiger Essenzen auf die Psoriatikerhaut, von Cherubino Uncini. Verfasser hat die Essenzen von Drogen, die gewöhnlich zu Parfüms gebraucht werden, auf die Haut von Psoriatikern und von Tieren gebracht. Es zeigte sich zuerst kongestive Hyperämie, dann Nekrose und Abschilferung der obersten

Digitized by Google

Epithelschichten; gleichzeitig gehen an den erkrankten Stellen die histologischen Zeichen der Infiltration zurück. Manchmal verschwinden die Psoriasiseffloreszenzen; besonders ist das mit Eukalyptus, Rosen und Pfefferminz der Fall. R. Frühwald-Leipzig.

Actas dermo-sifiliograficas.

5. Jahrgang, Nr. 4 (April bis Mai 1913).

1. Syphilis maligna praecox, von Juan de Azúa. Der 19jährige Alkoholiker hatte vier Monate vorher einen Schanker akquiriert, der hämorrhagisches Aussehen annahm; nach kaum zwei Monaten entstanden Geschwüre auf der Haut und im Rachen, der Kranke wurde aphonisch und dyspnoisch. Keine Behandlung. Bei der Aufnahme fanden sich ein gangränöser Schanker am Präputium, gummöse Ulzerationen auf den Extremitäten und im Gesichte und große Geschwüre auf dem Gaumensegel und dem Rachen. Patient hatte heftige Atembeschwerden infolge einer Larynxstenose. Auf eine Injektion von 0,4 Neosalvarsan erfolgte eine heftige Reaktion, doch reinigten sich die Geschwüre etwas und die Dyspnoë wurde geringer. Am dritten Tage trat aber Fieber auf, es entwickelte sich eine Pneumonie, der Patient nach zwei Tagen erlag.

2. Behandlung der Syphilis mit Galyl, von José S. Covisa. Verfasser hat eine Reihe von Syphilitikern mit zirka drei intravenösen wöchentlichen Injektionen von 0,3—0,45 Galyl behandelt. Die Injektionen wurden gut vertragen; als Reaktionen stellten sich Fieber, Kopfschmerzen, Schüttelfrost und Erbrechen ein. Sklerosen verheilten rasch, manchmal in sieben Tagen. Roseolen und schmerzhafte Phänomene der Sekundärperiode (Kopf- und Gliederschmerzen) schwanden in 24 Stunden. Papulöse und pustulöse Syphilide heilten in 7—8 Tagen ab. Schädigungen (Hirnnervenaffektionen) wurden nie beobachtet. Galyl ist also ein dem Salvarsan und Neosalvarsan ebenbürtiges Antisyphilitikum; es ist in seiner Handhabung bequemer als ersteres, aber weniger bequem als letzteres.

3. Bemerkenswerter Fall von regionärer Syphilis hereditaria tarda, von Sáinz de Aja. Die 43jährige Patientin litt seit dem 20. Lebensjahre an häufigen Ulzerationen der Mundhöhle, die stets als tuberkulös angesehen und behandelt wurden. Die jetzige Affektion hatte vor acht Monaten in der Mitte des Oberlippenrandes begonnen und sich in Form eines serpiginösen Geschwüres auf die linke Seite des Oberlippenrandes, den linken Mundwinkel und die linke Hälfte des Unterlippenrandes fortgesetzt. Die Affektion ließ die Haut frei, ergriff aber die Lippenschleimhaut. Die Primäreffloreszenzen sind miliäre Knötchen, die rasch zerfallen, mit benachbarten konfluieren und zentrifugal weiterschreiten; es zeigt sich dann ein dunkelrotes, polyzyklisches Geschwür mit infiltriertem Rande und dickem Belage. Verfasser diagnostizierte die Affektion als späte Erbsyphilis; sie war sehr resistent gegen Salvarsan-Quecksilber-Jodbehandlung.

4. Behandlung der Blennorrhagie mit Uranoblen, von E. Mañeco. Verfasser hat in acht Fällen Uranoblen angewandt; sechsmal waren die Gonokokken acht Tage nach Beginn der Behandlung verschwunden. Zwei Fälle waren resistent, allerdings war der eine durch eine Bartholinitis kompliziert. Trotz der kleinen Zahl der Erfolge glaubt sich aber Verfasser doch berechtigt, sein Urteil dahin zu fällen, daß dem Uranoblen eine deutliche gonokokkentötende Kraft innewohnt. Dazu kommt, daß die Behandlungsmethode gefahrlos und sehr bequem ist, da die Kranken sich die Tuben selbst einführen können. Die Tuben sind auch nicht mit fettigen Massen bedeckt, die die Einwirkung des Mittels auf die Gonokokken verhindern. Ferner bleibt das Uranoblen lange Zeit in hoher Konzentration mit der erkrankten Schleimhaut in Berührung, was bei den, außerdem umständlich auszuführenden, Injektionen nicht der Fall ist.

Digitized by Google

5. Diagnostischer Wert der Wassermannschen Reaktion bei übersehener Syphilis, von José S. Covisa. Ein Fall mit Oberkiefernekrose und einer mit Kniegelenksschwellung, die lange Zeit vergeblich mit verschiedenen Mitteln behandelt wurden. Die Wassermannsche Reaktion war positiv und die daraufhin eingeleitete spezifische Behandlung brachte die Affektion rasch zur Heilung. Eine andere Patientin litt seit langer Zeit an Geschwüren auf dem Kopfe, den Armen usw., an periostitischen Herden des Schädels und der Tibien, sowie an einer Entzündung des linken Sprunggelenkes. Behandlung ohne Erfolg. Obwohl die Wassermannsche Reaktion negativ war, wurde schließlich doch eine antisyphilitische Kur begonnen, unter der die Affektion bald heilte. Verfasser betrachtet in diagnostischer Hinsicht die Wassermannsche Reaktion als ein Symptom, das zur Klärung unklarer Fälle beitrage. Doch dürfe die Therapie nicht lediglich nach ihrem Ausfall eingerichtet werden.

6. Innerliche Behandlung des Erysipels mit Ammoniumkarbonat, von Sáinz de Aja. Verfasser gibt bei Erysipel zweistündlich einen Eßlöffel einer 4%igen Ammoniumkarbonatlösung. Er ist zu dem Schlusse gekommen, daß dieses Mittel gegen Erysipel ebenso spezifisch wirkt, wie Chinin gegen Malaria. Wenn man es vom ersten Augenblicke an gibt, kann man eine Abortivkur erreichen. Bei rezidivierendem Erysipel hat die ununterbrochene Einnahme von Ammoniumkarbonat prophylaktischen Wert. Verfasser hält diese Behandlungsmethode für allen anderen bei Erysipel üblichen überlegen.

5. Jahrgang, Nr. 5 (Juni bis Juli 1913).

1. Xeroderma pigmentosum. Epitheliom mit Radium geheilt, von José S. Covisa. Die 25jährige Patientin leidet an typischem Xeroderma pigmentosum. Auf der Haut der Oberlippe besteht eine ungefähr 5 Centimesstückgroße tiefe Ulzeration mit scharfen, derben Rändern; sie ist sehr schmerzhaft und leicht blutend. Ein zweites, mehr oberflächliches Epitheliom findet sich auf der inneren Hälfte des rechten Unterlides und ein weiteres am rechten Nasenloche. Das große Epitheliom wurde durch sechs Bestrahlungen mit Radium von einstündiger Dauer geheilt. Die beiden anderen in kürzerer Zeit.

2. Behandlung der Hauttuberkulose mit Aurum-Kaliumcyanatum, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser empfiehlt die Injektionen in konzentrierter Form anzuwenden. Er injiziert mit einer gewöhnlichen, 5 ccm fassenden Spritze 1—5 ccm einer 1%igen Lösung; schließlich ist er sogar zu einer 2%igen Lösung übergegangen. Durch diese Reduktion der Flüssigkeitsmenge werden die Nebenerscheinungen, wie Erbrechen, Fieber, Kopfschmerzen usw., vermieden. Die Venen werden durch diese starken Konzentrationen nicht geschädigt.

3. Syphilitischer Schanker auf der Konjunktiva bulbi, von E. Garcia del Mazo. Am inneren Winkel des linken Auges befindet sich auf der Bindehaut des Bulbus eine scharf begrenzte, rote, elevierte, erodierte Infiltration. Während im Anfange die Lider frei waren, zeigte sich bei der Aufnahme der obere Lidrand derb, erodiert, starr. Die Hornhaut war intakt; es bestand starker Tränenfluß und Fremdkörpergefühl. Die Präaurikular- und Submaxillardrüsen waren in typischer Weise geschwollen, derb, indolent. Unter der Behandlung mit grauem Öl trat eine Roseola auf. Der Infektionsmodus war unbekannt.

4. Professionelle Perionychie bei Gemüseschälern, von J. Peyri. Die Patientin ist damit beschäftigt, für eine Musfabrik Erbsen und Bohnen zu schälen. Zwei Jahre nach Aufnahme dieser Arbeit traten Schmerzen in beiden Daumen auf. Schließlich erkrankten und ulzerierten die periungualen Partien. Bei der Aufnahme fanden sich die Endphalangen beider Daumen, des linken Mittelfingers, in geringerem Grade des

Digitized by Google

rechten Mittelfingers affiziert. Die Haut war gespannt, bläulichrot, auf Druck und spontan schmerzhaft. Durch Druck auf den periungualen Rand entleerte sich stellenweise etwas Flüssigkeit; an der Berührungsstelle mit der freien Nageloberfläche eine Kruste. Der freie Nagelrand fehlte; der Nagel war abgehoben, splitterte in Lamellen ab. Verfasser glaubt, daß diese Affektion mit der Beschäftigung der Patientin zusammenhängt. Er hat zwar in derselben Fabrik keinen gleichen Fall, aber Personen mit periungualen Alterationen und Nagelveränderungen der Daumen gesehen. Die Affektion dürfte durch das ständige Trauma und einen Parasiten entstehen.

5. Behandlung des Lupus tuberculosus mit einer Modifikation der Payrschen Operation, von Sáinz de Aja. Verfasser umschneidet den Lupusherd halbkreisförmig und legt dann unter den Lappen eine dicke Schicht mit Perubalsam getränkter Jodoformgaze. Er hat auf diese Weise befriedigende Resultate bei Lupus gehabt. Die Payrsche Operation kommt besonders für Herde in Betracht, bei denen eine Totalexstirpation nicht möglich ist. Sie leistet wertvolle Dienste als Hilfsmittel oder in Kombination mit anderen Methoden. Sie bessert die lupösen Herde und bringt sie unter Verhältnisse, in denen sie durch andere Maßnahmen (Licht usw.) leichter beeinflußbar sind.

6. Jahrgang, Nr. 1 (Oktober bis November 1913).

1. Intravenöse Neosalvarsaninjektionen, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser empfiehlt, die früheren Methoden der Neosalvarsandarreichung durch die konzentrierten intravenösen Injektionen zu ersetzen. Diese sind viel einfacher herzustellen und kürzen die Injektionsdauer bedeutend ab. Ferner wird durch die Verminderung der Flüssigkeitsmenge die dem Herzen und den Nieren zugemutete Mehrarbeit bedeutend vermindert; auch der Blutdruck wird weniger gestört. Die Zahl und Intensität der Reaktionserscheinungen wird bedeutend herabgesetzt. Außerdem führen die konzentrierten Injektionen zu keinen Unzukömmlichkeiten, die bei diluierten vermieden würden. Hochkonzentrierte Lösungen (z. B. 0,9:1 ccm) sollen aber nur die anwenden, die die Technik der intravenösen Injektion vollständig beherrschen. In der allgemeinen Praxis sind 1%ige Lösungen zu empfehlen.

2. Syphilitischer Schanker des Nabels, von José S. Covisa. Die 23jährige Patientin kam wegen ausgedehnten Papeln am Genitale, Anus und im Munde zur Behandlung. Am Nabel, besonders auf dessen linker Seite, fand sich eine indurierte Erosion. Die Falten des Nabels waren beträchtlich geschwollen, so daß dieser die Form eines großen, fleischigen Knotens hatte, der nach rechts von einer halbmondförmigen Ulzeration begrenzt war. Die erodierte Oberfläche war dunkelrot, stellenweise hämorrhagisch, mit seropurulentem Belage bedeckt. Allgemeine Drüsenschwellung, besonders aber in den Leisten und der linken Achsel. Heilung durch Neosalvarsan.

3. Klinische Untersuchungen über die Urethritis posterior blennorrhagica, von E. Castañs. Eingehende Beobachtung von Blennorrhoe der hinteren Harnröhre führt den Verfasser zu folgenden Schlußsätzen: in 60% der Tripperfälle ist die Affektion der Urethra posterior zweifellos, in 20% ist sie nicht ganz sicher, in 20% fehlt sie; sie ist also beim Manne außerordentlich häufig. Die hintere Harnröhre wird meist in der 3—4 Woche nach der Infektion befallen. In 22% der Fälle mit sicherer Posterior bestanden keine klinischen Symptome; deshalb muß man in allen Tripperfällen, die älter als drei Wochen sind, nach der Erkrankung der hinteren Harnröhre forschen. Die Propagation des Trippers auf die Urethra posterior wird durch allzu heftige oder ungeschickt vorgenommene Behandlungsmethoden begünstigt. Soll nur die vordere Harnröhre gewaschen werden, darf der Irrigator höchstens einen Meter über dem Patienten hängen, da sonst leicht der Sphinkterwiderstand überwunden und die Pars posterior infiziert

Digitized by Google

werden kann. Da aber auch bei diesen Kautelen eine ausschließliche Waschung der vorderen Harnröhre schwierig ist, erscheint es besser, in allen akuten und subakuten Fällen von reiner Urethritis anterior keine Waschungen, sondern Injektionen zu verordnen.

4. Reinfectio syphilitica, von José S. Covisa. Verfasser berichtet über drei Beobachtungen: 1. Ein 19jähriger Patient kam am 25. Oktober 1910 wegen eines Primäraffektes rechts auf dem inneren Vorhautblatte zur Behandlung. Die Sklerose wurde durch heiße Luft zerstört; außerdem wurden in deren Umgebung Injektionen gemacht sowie eine intramuskuläre Salvarsaninjektion a 0,5 und sechs Wochen später eine intravenöse Infusion a 0,4 verabreicht. Am 24. November 1911 kam der Patient wieder mit einer Sklerose am inneren Vorhautblatte links, Drüsenschwellung, diskreter, generalisierter Roseola und nächtlichen Kopfschmerzen.

2. Der 18jährige Patient zeigte im März 1911 einen Primäraffekt mit positivem Spirochätenbefund und regionärer Drüsenschwellung; er erhielt im Laufe der Zeit intermittierend vier Salvarsaninjektionen zu 0,4 und 20 Injektionen zu 0.8 grauem Öl. Ende August 1912 hatte er eine Sklerose in der Kranzfurche und Drüsenschwellung; acht Tage später Kopfschmerzen und generalisierte Roseola.

3. 30jähriger Patient hatte im Mai 1912 eine Sklerose am rechten inneren Vorhautblatte und eine generalisierte Roseola. In intermittierender Weise erhielt er dreimal 0,4 Salvarsan und 30mal 0,1 graues Öl. Im November 1913 kam er mit einem hämorrhagischen Primäraffekte und einem makulo-papulösen Exanthem wieder.

Verfasser bespricht dann noch die Frage der Reinfektionen und kommt zu dem Schlusse, daß deren Vorkommen unbestreitbar sei. Es kommt vor allem darauf an, daß die erste Behandlung möglichst bald einsetzt und energisch durchgeführt wird.

5. Die Provokationsprobe bei Syphilis, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser bespricht die Frage der Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion und kommt zu der Ansicht, daß diese Probe sehr wertvoll sei und in die allgemeine Praxis aufgenommen werden sollte. R. Frühwald-Leipzig.

Revista Dermatológica de la Sociedad Dermatológica Argentina.

5. Jahrg., Nr. 5 (1914.)

1. Araneidismus, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Durch die Gifte, welche durch einen Spinnenstich in den Körper gelangen, werden Krankheitsbilder erzeugt, die man als Araneidismus bezeichnen kann. Die Kenntnis dieser Krankheiten ist beim Volke sehr verbreitet und auch den Ärzten sind sie schon lange bekannt; es ist aber erst in der letzten Zeit durch eingehende Bearbeitungen dieses Themas die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese Affektionen gelenkt worden. Es folgt dann eine Aufzählung der wichtigsten Literatur und dann der pathogenen Spinnen mit Anführung von Beispielen.

Die Krankheitsbilder, die durch den Spinnenstich hervorgerufen werden, sind verschiedentlicher Art; im allgemeinen kann man drei Formen unterscheiden. Die erste ist der Araneidismus cutaneo-ictero-haemolyticus. An der Stichstelle entsteht eine punktförmige Blutung, die sich mit einem roten Hofe umgibt; meist entstehen dann verschieden große Phlyktänen. Die Haut wird geschwollen, ödematös, rot, blaurot bis schwarz. Die Schwellung ist derb, schmerzhaft; die abführenden Lymphgefäße und -knoten werden ergriffen. Die befallene Stelle und die Umgebung zeigt Suffusionen. Schließlich bildet sich ein nekrotischer Schorf, der sehr langsam abgestoßen wird; das zurückbleibende Geschwür verheilt mit einer unregelmäßigen Narbe. Neben diesen lokalen treten allgemeine Erscheinungen gleich nach dem Stiche oder einige Stunden

Digitized by Google

später auf. Es erscheint Fieber bis 40°, Erbrechen, Durchfälle, Darmblutungen, Kopfschmerzen, Krämpfe. Es kommt zur Hämolyse und damit zur ikterischen Verfärbung der Haut und Schleimhäute. Die zweite Form, der exanthematische Araneidismus, beginnt wie die erste, doch manifestiert sich außerdem die Toxämie durch Haut- und Schleimhauteruptionen: diese erscheinen als multiformes, sowie als pruriginöses, skarlatiniformes Erythem. Die dritte Form ist die neuromyopathische. Bald nach dem Stiche entstehen von der Verletzung ausstrahlende Schmerzen, die den ganzen Körper ergreifen; dazu tritt eine allgemeine Schwäche, Atemnot, Zusammengeschnürtsein der Kehle, Zittern, Krämpfe, Kopfschmerzen, Schwindel, Leibschmerzen, Delirien und Halluzinationen. Es besteht meist Hypothermie und Oligurie, die sich bis zur Anurie steigern kann. Meist genesen die Kranken innerhalb weniger Tage, der Tod tritt selten ein.

Die Schwere des Prozesses hängt von verschiedenen Umständen, wie Alter des Kranken, Intensität des Stiches u. a. ab. Als bedrohliches Symptom wird das Auftreten alarmierender Allgemeinerscheinungen, das Fehlen eines Reaktionsringes um den Schorf und eine weiße, ödematöse, schlaffe Veränderung der Haut betrachtet. Der Tod kann fast sofort oder erst in einigen Tagen erfolgen. Differentialdiagnostisch kommen die Erkrankungen nach anderen Stichen (von Skorpionen usw.), ferner Erysipel, Milzbrand und einige Dermatosen, wie Erythema multiforme, in Betracht. Die Hauptsache ist, daß man im gegebenen Falle an die Möglichkeit eines Spinnenstiches denkt. Die Behandlung besteht in Abschnürung der gestochenen Stelle, Inzision und Kauterisation, Injektion von einigen Kubikzentimeter Kaliumpermanganat 1%, Kalziumhypochlorid 2% u. ä., Umschlägen mit Sublimat; durch diese Maßnahmen soll eine ständige Sekretion und dadurch Ausscheidung des Giftes bewirkt werden. Das bereits in den Kreislauf gelangte Gift wird durch Kochsalzinfusionen verdünnt. Ferner hat man für gute Funktion des Herzens und der Nieren zu sorgen.

2. Skorpionidismus. Solfugidismus (Galeodismus), von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Die Symptome der Vergiftung durch einen Skorpionenstich sind ähnlich denen der neuropathischen Form des Araneidismus: Schmerzhaftigkeit, Erregung und Krämpfe, Lähmungen. Lokal Schorfbildung.

Die Solifugen oder Galeoden sind Arthropoden, die zwischen Arachniden und Insekten stehen. Die Symptome sind ebenfalls analog dem neuromyopathischen Araneidismus.

3. Myriapodismus, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Durch den Biß der Tausendfüßler entsteht ödematöse Infiltration, die anfänglich sehr stark ist; kommt es zur Schorfbildung, so ist diese oberflächlich und stößt sich bald ab. Der ganze Prozeß verläuft rascher und weniger stürmisch als nach Spinnenstichen. Von Allgemeinsymptomen wurden Schlaflosigkeit, Pulsbeschleunigung und -unregelmäßigkeit, Bläschen- und Quaddelbildung beobachtet.

4. Phthiriasis pubis durch Pediculi capitis, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Der 38jährige Patient hatte an dem Schamhaaren zahlreiche Läuse und Nisse. Die genaue Untersuchung ergab, daß es sich um Kopfläuse handelte. Es ist noch kein analoger Fall beschrieben.

5. Maculae caeruleae durch Pulex irritans, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Der 26jährige Patient zeigte an den Seiten des Thorax, auf der Brust, dem Rücken, Bauch, den Armen zahlreiche lentikuläre oder etwas größere Flecke. Die frischeren waren bläulichrot oder purpurfarben, die älteren schieferig-violett, die abblassenden blaßviolett mit einem weißlichen Hofe. Die frischen Effloreszenzen hatten einen kleinen Blutpunkt im Zentrum, wie bei einem Flohstich; die allerjüngsten boten überhaupt das Bild des Flohstiches. Die Verfasser dachten zuerst an Filzläuse, konnten diese Parasiten aber nicht finden; da aber Übergänge zwischen den blaugrauen Flecken

Digitized by Google

und den Flohstichen zu sehen waren, mußte angenommen werden, daß jene ausnahmsweise durch Flöhe bedingt seien. Verfasser ließen nun den Patienten an symmetrischen Stellen der Finger durch seine eigenen und durch fremde Flöhe beißen. Der Effekt war derselbe: es entwickelten sich Petechien mit einem rotbläulichen Hofe, der allmählich bläulich wurde und nach 48 Stunden verschwand. Derselbe Versuch fiel bei einem anderen Patienten negativ aus. Nunmehr inokulierten die Verfasser auf den ersten Kranken einen Glyzerinextrakt seiner eigenen und fremden Flöhe; um den Blutpunkt entstand ein schwacher bläulicher Saum. Bei einem anderen Kranken fiel derselbe Versuch negativ aus. Verfasser sind nun der Ansicht, daß bei dem Kranken besondere, unbekannte, Verhältnisse (vielleicht im Blute) vorlagen, die die Umwandlung des Flohstiches in einen blaugrauen Fleck bedingten.

6. Creeping disease (Larva migrans, Myasis linearis), von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Die Krankheit begann bei dem 3jährigen Mädchen an der linken inneren Oberschenkelfläche, zog sich von dort im Zickzack auf die Hinterbacke, die Flanke und dann auf den Oberschenkel. An den zuerst befallenen Stellen fand sich ein $^1/_2$—1 mm breiter, leicht elevierter, blaßroter, leicht bräunlich pigmentierter Streifen mit kleinen schwarzgrauen Krusten; im weiteren Verlaufe wurde er immer fricher rot und endigte in einer hellroten urtikariellen Effloreszenz.

7. Dermatitis parakeratotica parasitären Ursprungs (Scabies norvegica); von Antonino Ibarguren. Die 48jährige Patientin litt an einer heftig juckenden Hautaffektion, die hauptsächlich das Gesicht, die Hände und Füße befallen hatte. Die Haut war rot, verdickt, rauh, von dicken Hornkrusten bedeckt. Verfasser diagnostizierte Lichen ruber accuminatus. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich die Zeichen einer chronischen Entzündung und Krätzmilben und deren Fäkalien in Tunneln der Epidermis. Es lag also eine norwegische Krätze vor.

8. Ein Fall von Lymphadenomatosis cutanea aleucaemica, von N. Ragusin. Der $4^1/_2$jährige Knabe hatte auf der behaarten Kopfhaut, im Gesichte, am Halse, nur vereinzelt am übrigen Körper bis mandarinengroße, derbe, indolente, unbewegliche Tumoren. Das Blut zeigte aber keine wesentliche Alteration seiner Zusammensetzung.

9. Ulzero-serpiginöses Syphilid der Eichel, gegen 4,65 Neosalvarsan resistent, durch Quecksilber und Jod geheilt, von Pedro L. Baliña. Der Titel sagt das Wesentliche.

10. Beobachtung und Besprechung einer Varietät der syphilitischen Alopezie, von Pedro L. Baliña.

11. Knochensyphilis, von José A. Raices. Beschreibung zweier Fälle, bei denen Knochensequester chirurgisch entfernt wurden. Der eine Fall ist bemerkenswert, da bei ihm infolge einer syphilitischen Entzündung des rechten Kniegelenks die ganze Patella ausgestoßen worden war. Die Patientin konnte trotzdem ohne Störung gehen.

12. Enzephaloide Kopfhaut, von Eduardo Jonquières. Der 33jährige Patient hat die Mißbildung seiner Kopfhaut nur durch Zufall entdeckt. Es finden sich am Hinterkopf, vom Scheitel bis zur Nackenhaargrenze ziehend, longitudinale Furchen, nur eine transversale. Sie sind bogenförmig gekrümmt, 6—7 mm tief, teilen sich teilweise am Ende. Die Haut ist sowohl in den Furchen, wie auf den dazwischenliegenden Wülsten in normaler Weise von Haaren bedeckt. Die Kopfhaut ist völlig frei beweglich.

13. Über die großblättrige Desquamation der Neugeborenen, von Rogelio d'Ovidio. Genaue Beschreibung eines Falles. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

14. Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von Angel M. Gimenez. Der rasche Aufschwung von Buenos Aires hat auch eine Zunahme der Prostitution und damit der Geschlechtskrankheiten mit sich gebracht. Um diesen Übelständen zu steuern,

Digitized by Google

sind gesetzliche Maßnahmen erforderlich, für die Verfasser einen Vorschlag ausgearbeitet hat. Seine Forderungen sind im wesentlichen: Verbot der Bordelle und Animierkneipen, unentgeltliche und erleichterte Behandlung Geschlechtskranker, Aufnahme der Geschlechtskrankheiten in die Krankenversicherung, weitere Verbreitung der sexuellen Hygiene, Verbesserung der sozialen Lage der arbeitenden Klasse, Bestrafung der sexuellen Infektion, Verbot des Mädchenhandels.

15. Prophylaxe der Syphilis, von Baldomero Sommer und Nicolás V. Greco. Nicht jedes syphilitische Individuum ist an und für sich ansteckend; es ist notwendig, daß es irgendwo auf der Haut oder Schleimhaut eine offene Stelle habe, durch die das Virus austreten kann. Ebenso muß das gesunde Individuum eine offene Eintrittspforte für die Spirochäten haben. Schließlich erhöht noch der Mangel an Behandlung die Infektionsgefahr. Aus diesen drei Hauptgesichtspunkten heraus ergeben sich dann die ausführlichen prophylaktischen Maßnahmen für die Syphilitiker und ihre Umgebung.

16. Prophylaxe der Lepra, von C. Malbran. Gesetzesvorschlag, zu kurzem Referate nicht geeignet.

17. Hygiene der Haut und der behaarten Kopfhaut in der Schule, von Julio V. Uribúrú. Verfasser bespricht zuerst die Aufmerksamkeit, die der Lehrer der Hautpflege seiner Schüler widmen muß und geht dann näher auf die für die Schulhygiene wichtigsten Krankheiten ein. Er bespricht Strepto- und Staphylodermien, Pedikulosis, Krätze und die Mykosen. Namentlich die letzteren behandelt er sehr eingehend und fordert, daß ihnen von seiten der Schule größte Aufmerksamkeit zugewendet werde. Jedes trichophytiekranke Kind müßte angezeigt und isoliert werden. Ferner müßte reichlich Gelegenheit zur Röntgenbehandlung der Mykosen gegeben werden.

18. Ein Fall von Hautsporotrichose, von Nicolé Ragusin und Juan Barillatti. Bei dem 58 jährigen Arbeiter waren vor etwa vier Monaten Tumoren an den Handflächen aufgetreten, die ulzerierten und reichlich Eiter entleerten. Später erschienen auf dem rechten Handrücken und rechten Unterarm entzündliche Knoten, die sich vergrößerten und vermehrten und schließlich auch auf dem linken Handrücken. Bei der Aufnahme fand sich rechts eine Reihe entzündlicher Tumoren, die in einer Linie zwischen der Mitte des Handrückens und der Epitrochlea lagen. Der größte Knoten ist mandarinengroß. Außerdem finden sich Tumoren auf dem linken Handrücken und auf den Handflächen. Einige sind ulzeriert; die Ulzerationen sind kreisförmig, von einem roten Hofe umgeben, schmerzhaft, von fötiden, grünlichen, nekrotischen Massen bedeckt. Einige der Geschwüre sind kraterförmig mit unregelmäßigem Rande. Die Diagnose schwankte zwischen Syphilis, Tuberkulose und Sporotrichose. Die Kultur entschied für letztere. Heilung durch Jod.

19. Vitale Färbung des Treponema pallidum; biologische Schlußfolgerungen, von German Anschütz. Aus seiner ausführlichen Arbeit zieht Verfasser folgende Schlüsse: die vitale Färbung ist ein einfaches diagnostisches Hilfsmittel bei Syphilis; sie kann nicht nur mit basischen Farben, sondern auch mit sauren, z. B. mit Eosin, vorgenommen werden. Sie gestattet besser als das Dunkelfeldverfahren die Erkennung von Struktureinzelheiten, von Entwicklungsvorgängen, wie Teilung, und von Jugendformen. Namentlich letztere werden im Dunkelfeld nicht gesehen, so daß die irrige Anschauung entstand, die Spirochaeta pallida sei nur ein Stadium im Entwicklungszyklus eines Protozoen. Auf Grund seiner Befunde (Teilung) glaubt aber Verfasser, daß die Ansicht Schaudinns, die Spirochaeta pallida gehöre in die Familie der Trypanosomen, richtig sei.

20. Salvarsan und Charlatanerie, von Carlos Alberto Bancalari. Verfasser nimmt Stellung gegen die übertriebene Anpreisung des Heilwertes von Salvarsan und Neosalvarsan. Die Akten über diese Mittel sind noch nicht geschlossen; während dieser Zeit darf das Quecksilber nicht beiseite gesetzt werden. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Behandlung der Geschwülste nach dem gegenwärtigen Stande und den Ergebnissen der experimentellen Forschung, von Hermann Simon-Breslau. (Berlin 1914, Julius Springer.) Die letzten Jahre haben auf dem Gebiete der Geschwulsttherapie eine Reihe von teils neuen, teils erneuten therapeutischen Versuchen gezeitigt, denen gegenüber das tatsächlich Erreichte leider doch noch sehr gering angesehen werden muß. Bei der Anteilnahme, die alle ärztlichen und auch anderen Kreise diesem Probleme entgegenbringen, war es notwendig, die an vielen Stellen zerstreuten Mitteilungen zu sammeln und sie nach einheitlichen Gesichtspunkten geordnet, einmal zur Darstellung zu bringen. Und da es dabei vorzüglich auf fleißige, objektive Darstellung ankommt, so ist schon aus diesem Grunde die Arbeit des Verfassers erfreut zu begrüßen. Wenn daneben eine flotte und anregende Schreibweise die Lektüre angenehm macht, so ist damit zum Lobe des Buches genug geschehen. Aber auch inhaltlich steht die Arbeit auf der Höhe.

Nach einer einleitenden Darstellung des derzeitigen Standes der experimentellen Krebsforschung, erörtert S. die nicht operative Behandlung der Geschwülste durch Bakteriotherapie, Serotherapie, Immunisierung, durch Chemotherapie, durch physikalische und sonstige Behandlungsmethoden, als da sind pharmakologische Mittel, Organotherapie, Ferment- und Antifermenttherapie, sowie durch Zirkulationsstörung.

Wenn Verfasser dann als Ergebnis seiner Arbeit in der Chemotherapie, soweit sie von der Blutbahn angreift und in den Immunisierungsversuchen, die eine Zustandsänderung des ganzen Körpers anregen, die aussichtsreichste Behandlung für die Zukunft ersieht, so kann man ihm darin beipflichten, darf aber nicht vergessen, daß zurzeit noch immer die frühzeitige Diagnose und radikale chirurgische Therapie die Methode der Wahl sein muß. O. Gans-Freiburg i. B.

Die Insolation, von W. Dubreuilh. (Imprimerie Moderne, Bordeaux 1914.) Die Sonnenstrahlen haben neben ihrer segensreichen, lebenspendenden Wirkung auch schädliche Eigenschaften. Am bekanntesten ist der sogenannte Sonnenbrand, der nach einer einmaligen intensiven Besonnung entsteht; er besteht in einem Erythem, in stärkeren Fällen in Blasenbildung, Erscheinungen, welche in kurzer Zeit abklingen und mit Pigmentierung, aber ohne sonstige Nachteile verschwinden. Die Ursache dieser Erscheinungen liegt in den chemisch wirksamen ultravioletten Strahlen, nicht in den Wärmestrahlen. Im Gebirge werden die letzteren vom Schnee absorbiert, die ersteren fast völlig reflektiert, so daß die Hautentzündung viel heftiger ist. Nicht so harmlos wie die akute ist die chronische Insolation. Diese bewirkt das als senile Keratose bekannte Krankheitsbild, das man bisher für eine reine Alterserscheinung angesehen hat. Die Haut ist schlaff, dünn, gefältelt, von weißen Flecken und von Gefäßerweiterungen durchzogen; endlich finden sich kleine, adhärente Hornmassen, die als Greisenwarzen bekannt sind und leicht zu Epitheliomen werden können. Verfasser ist überzeugt, daß diese Erscheinungen durch die chronische Sonnenbestrahlung bedingt sind; er stützt sich darauf, daß sie nur an den der Sonne ausgesetzten Körperteilen entstehen, und an diesen wieder nur an den am meisten bestrahlten Partien. Ferner findet man die Greisenwarzen häufiger bei Landbewohnern, als bei Städtern; bei Frauen entstehen sie nicht an den vom Kopftuche bedeckten Stellen.

Verfasser zieht schließlich einen Vergleich zwischen den Wirkungen der Wärmestrahlen, chemischen Strahlen und Röntgenstrahlen. Alle drei Strahlenarten rufen

Digitized by Google

ähnliche, akute oder chronische Erscheinungen hervor; es zeigt sich aber, daß mit der Abnahme der Wellenlänge die Schwere und die Latenzzeit der Symptome zunimmt. Die Wärmestrahlen rufen die leichtesten Erscheinungen in der kürzesten Zeit hervor, die Röntgenstrahlen die schwersten nach langer Zeit. Verfasser glaubt, daß die zahlreichen Strahlungen, denen der Mensch ausgesetzt ist, eine gewisse Rolle bei ätiologisch unklaren Krankheiten spielen. R. Frühwald-Leipzig.

Der Salvarsantod. Seine Ursache und seine Verhütung. Intravenöse oder intramuskuläre Salvarsaninjektion, von Carl Schindler-Berlin. (Berlin 1914, S. Karger.) Wer Gelegenheit nahm, die Aussprache über das Salvarsan zu verfolgen, die in der Berliner medizinischen Gesellschaft im Anschluß an das Referat Lessers uber „Die Fortschritte der Syphilisbehandlung" stattgefunden hatte, der wird über diese Tendenzschrift Schindlers nicht erstaunt sein.

Über die Vorteile und Nachteile des Schindlerschen Präparates „Joha" zu urteilen, steht einem Referat nicht an. Der Versuch jedoch, eine Reihe von Todesfällen, welche nach intravenöser Salvarsanbehandlung eingetreten sind, nun zusammenzustellen und im Sinne einer Propaganda für die intramuskuläre Therapie und zwar wohlverstanden intramuskuläre Therapie mit Verwendung des Salvarsans in öliger Verreibung i. e. „Joha" zu verwerten, erscheint uns einmal nicht angängig und zum anderen können wir ihn nicht einmal als gelungen bezeichnen. Alles in allem: ein Studium der Schindlerschen Arbeit können wir nicht empfehlen. Über die Wirkungen und Nebenwirkungen des Salvarsans in jeglicher Form und Applikationsweise sind wir von anderer Seite wohl unterrichtet und bei Durchsicht der Schindlerschen Begründung seiner Vorliebe für intramuskuläre Injektion öliger Verreibungen des Salvarsans merkt man die Absicht und man wird verstimmt. O. Gans-Freiburg i. Br.

Der Tripper, laienverständlich dargestellt von Orlowski-Berlin. (Kurt Kabitzsch, Würzburg 1914.) Vor sieben Jahren erschien die erste Auflage dieses Werkchens; sie sollte, wie Verfasser in der jetzigen Vorrede ausführt, dem Laien die wissenswerten Tatsachen vermitteln, die der intelligente Patient wissen will, die aber in der Sprechstunde nicht kurz und präzis vom Arzte erklärt werden können. Diesen Standpunkt konnte Verfasser bei der vorliegenden Auflage nicht mehr einnehmen, da jeder Arzt andere Ansichten über Tripper und seine Behandlung habe. So hat er versucht, ohne eine eingehende Umarbeitung vornehmen zu können, die Arbeit als Wegweiser „in dem Labyrinth widersprechender Ansichten und Handlungen der Ärzte" herauszugeben. In einzelnen Kapiteln bespricht Verfasser die wissenswerten Tatsachen über den Tripper; da er hierbei nur bekanntes bringt, erübrigt sich hier ein eingehendes Referat. Die Absicht des Verfassers ist entschieden zu begrüßen und wird durch die Einteilung auch wohl erreicht. Den bei der Besprechung der ersten Auflage in dieser Zeitschrift erhobenen Vorwurf, daß die Abhandlung zu umfangreich sei, muß ich aber hier wiederholen; es sind entschieden eine Reihe von Punkten, die für den Laien weniger wissenswert sind, zu ausführlich behandelt. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem, von W. Weygandt, A. Jakob und V. Kafka-Hamburg-Friedrichsberg. (M. m. W., 1914, Nr. 29.) Nach der Methode von Gennerich haben Ver-

Digitized by Google

fasser 25 Patienten mittels intraspinaler Injektionen von Neosalvarsan behandelt, wobei sie im ganzen 57 Dosen verabreichten. Ohne irgendwie endgültige Schlüsse ziehen zu wollen, konstatieren sie, daß in einzelnen Fällen eine ganz frappante Besserung eintrat und bei anderen eine kleine Wendung zum guten sich einstellte, während bei einigen eher eine Verschlechterung erzeugt zu sein schien. Im allgemeinen aber waren die schädlichen Nebenwirkungen nicht sehr erheblich. Um sich über die bei der intralumbalen Injektion des Neosalvarsans etwa entstehenden histologischen Schädigungen zu informieren, haben Verfasser ferner bei 5 Affen relativ sehr hohe Dosen des Mittels verabreicht. Sie fanden dabei ausgesprochene Reizwirkungen am Endothel der Dura, an den austretenden Nervenbündeln und am Endothel der Gefäße; auch war gelegentlich das nervöse Parenchym des Zentralnervensystems affiziert, wie an einer Reihe von Abbildungen dargelegt wird. Ferner wurde eine gleiche Neosalvarsanlösung (2 ccm einer Lösung von 0,15 in 100) subdural und intrazerebral ins rechte Stirnhirn bei 2 Affen injiziert. Auch hierbei ergab sich anatomisch das Bild einer recht intensiven Reizung, während Versuche mit ganz kleinen Dosen an 2 anderen Tieren bei der Sektion durchaus keine Reizerscheinungen nachweisen ließen. Es ist also anzunehmen, daß etwaige beim Menschen nach der endolumbalen Einführung von Neosalvarsan auftretende Schädigungen lediglich auf der Verabreichung einer zu hohen Dosis beruhen. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik der endolumbalen Salvarsanbehandlung, von Gennerich-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Nach Gennerichs Erfahrungen bietet die endolumbale Einverleibung von Salvarsanpräparaten sehr erhebliche Vorteile, aber in erster Linie kommt es noch darauf an, festzustellen, bis zu welcher Höhe man ohne Nachteil die Dosis steigern kann. Nach anfänglicher Verabreichung größerer Mengen ist er jetzt auf eine Verdünnung von 0,15 Neosalvarsan auf 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung herabgegangen und injiziert hiervon 4—6 ccm nebst 12—15 ccm Liquor in der von ihm schon früher beschriebenen Weise. Die von v. Schubert angegebene Verwendung von Liquor als Lösungsmittel für das Salz empfiehlt Gennerich auch als in vieler Hinsicht zweckmäßig. Sehr wichtig ist es, die Patienten nach der Lumbalpunktion volle zwei Tage horizontal liegen zu lassen, um ein Offenbleiben der Punktionsöffnung des Lumbalsackes zu vermeiden. A. Philippi-Salzschlirf.

Die intralumbale Injektion von Salvarsanserum, von G. W. Spencer-Bristol. (Lanc., 30. Mai 1914.) Die Erfahrungen, welche Verfasser mit dieser zuerst von Swift angebahnten Methode bei zwölf Fällen gesammelt hat, ermuntern entschieden zu weiteren Versuchen. Es wurden behandelt sieben Fälle von Tabes dorsalis und fünf von Sklerose mit interstitiellen Läsionen am Rückenmark. Bei der letzteren Gruppe waren die Resultate allerdings wenig ausgesprochen, aber bei der ersteren wurde eine unbestreitbare Besserung erzielt. Namentlich fiel die nach anfänglicher, während 36—48 Stunden bestehender Verschlimmerung der lanzinierenden Schmerzen eintretende Schmerzfreiheit auf, die wenigstens mehrere Monate anhielt. Auch die Ataxie und die sensorische Leitung wiesen Besserung auf. Die Entnahme des Serums erfolgte 24 Stunden nach der intravenösen Verabreichung von 0,75 Neosalvarsan; man ließ das Blut nur 1 bis 2 Stunden stehen, entfernte dann das Gerinnsel, zentrifugierte und injizierte etwa 30 ccm Serum in der üblichen Weise. Es wurden auch Untersuchungen auf das Vorhandensein von Arsenik im Blut, Urin und der Zerebrospinalflüssigkeit einiger der so behandelten Patienten angestellt mit einem gelegentlich positiven Resultat in bezug auf das Blut und den Urin. A. Philippi-Salzschlirf.

Salvarsanserum, von A. Stühmer-Breslau. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Die bekannten Beobachtungen von Swift und Ellis über die therapeutische Wirksamkeit des Serums von Menschen (und Tieren), denen Salvarsan einverleibt wurde, haben Verfasser

Digitized by Google

veranlaßt, den Fragen näher zu treten, wie lange nach der Einspritzung ein derartiges Serum heilwirksam bleibe, und wodurch seine Heilkraft bedingt werde. Aus einer Reihe von Tierversuchen mit Kaninchen und Mäusen, sowie aus Untersuchungen in vitro ergaben sich hauptsächlich folgende Resultate: Nach einer einmaligen intravenösen Injektion von Salvarsan sind bei relativ hoher Dosis sowohl chemisch (Ehrlich-Bertheim-sche Reaktion) wie biologisch (Schutz- und Heilversuche an Trypanosomenmäusen) noch nach sieben Tagen wirksame Stoffe im Blutserum nachweisbar. Der absoluten Menge nach kann es sich dabei unmöglich lediglich um Reste von intaktem Salvarsan handeln, vielmehr scheinen Oxydationsprodukte hierbei eine bedeutende Rolle zu spielen. Ob daneben noch biologische Schutzstoffe in Betracht kommen, konnte Verfasser bisher nicht sicher ergründen. A. Philippi-Salzschlirf.

Salvarsanserum, von A. Stühmer-Breslau. (M. m. W., 1914, Nr. 20.) „Die Arbeit trägt den Untertitel: Vergleichende Versuche mit Altsalvarsan und Neosalvarsan, intravenöser und intramuskulärer Applikation, Joha" und ist die zweite Mitteilung des Verfassers über experimentelle Versuche zur Bestimmung der Heilwirkung des Serums von Kaninchen, denen die genannten Mittel einverleibt waren. Die Heilwirkung des so gewonnenen Kaninchenserums wurde an Mäusen, welche mit Trypanosomen infiziert waren, und auch in vitro mit einer Aufschwemmung von Trypanosomen in Mäuseblut geprüft. Das Serum wurde den Tieren je nach einer Stunde, fünf Stunden, ein Tag, zwei Tagen usw. bis zum siebenten Tage entnommen. Das am ersten Tag entnommene Serum bei Altsalvarsan und Neosalvarsan ergab sowohl für die intravenöse als auch für die intramuskuläre Applikationsweise einen absoluten Schutz gegen die Trypanosomeninfektion; aber diese Schutzwirkung war am zweiten Tage schon ganz erheblich vermindert und mit dem vierten bis fünften Tage vollständig erloschen. Die mit Joha behandelten Kaninchen ließen keine Schutzkraft ihres Serums erkennen, wofür Verfasser bei den klinischen günstigen Erfolgen des Mittels keine ganz befriedigende Erklärung beibringen kann. A. Philippi-Salzschlirf.

Studien über die Nekrose nach intramuskulären Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan, von H. E. Robertson-Minneapolis. (J. Am. m. Assoc., 8. November 1913.) Daß nach intramuskulären Injektionen von Salvarsan Nekrosen auftreten, ist seit langem bekannt. Verfasser beabsichtigte, die Art dieser Nekrosen genauer festzustellen und untersuchte daher 1. die Wirkung des Salvarsans auf die Muskeln von Tieren im Vergleich mit der auf die menschlichen Muskeln, 2. die Wirkungen des Salvarsans verglichen mit denen des Neosalvarsans, 3. die Wirkungen dieser beiden Arzneimittel auf die Muskeln verglichen mit denen der bei der Therapie der Syphilis häufiger zu intramuskulären Injektionen gebrauchten Hg-Präparate. Die Schlußsätze des Verfassers lauten: Intramuskuläre Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan verursachen gleichmäßig schwere destruktive Veränderungen, die immer langsam heilen und häufig durch Hämorrhagien und Abszesse kompliziert sind. Salvarsan und Neosalvarsan verhalten sich hierin im großen ganzen gleichmäßig. Salvarsan hinterläßt stets ein unlösliches, als Fremdkörper wirkendes Pigment. Quecksilberpräparate wirken bei intramuskulärer Anwendung in ähnlicher Weise. Tiere und Menschen verhalten sich in bezug auf die durch die Injektionen gesetzten Veränderungen in jeder Beziehung ganz ähnlich. Der Gebrauch von solchen Arzneimitteln in der beschriebenen Weise bedeutet in der Mehrzahl der Fälle sicherlich ein unverantwortliches Vorgehen. H. Fendt-Wiesbaden.

Über den „Wasserfehler", von Rudolf Matzenauer und Max Hesse-Graz. (W. kl. W., 1914, Nr. 13.) Aus den Versuchen der Verfasser, die in erster Linie festzustellen suchten, welchen Gehalt an Bakterien die Infusionsflüssigkeit haben müsse, um regelmäßig oder doch auffallend häufig toxische Reaktionen auszulösen, geht hervor, daß

Digitized by Google

ein gut hergestelltes destilliertes Wasser, das verschlossen aufbewahrt wird, ohne Schaden nach Tagen, ja nach Wochen verwendet werden kann, und daß abgetötete Keime bis zu 1700000 in 1 ccm reaktionslos vertragen werden. Schon daraus geht hervor, daß, wenn andere Möglichkeiten, die durch Nachlässigkeit oder Mangel an Erfahrung entstehen können, ausgeschaltet sind, die Reaktionen nach Salvarsaninjektion durch das Salvarsan selbst hervorgerufen werden, insofern die Salvarsandosis eine absolut zu große ist oder eine relativ zu große, da eine individuelle Disposition gegenüber dem Salvarsan, wie gegenüber den meisten Medikamenten angenommen werden muß.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Hirndruckerhöhung bei Lues nach Salvarsan, von B. Spiethoff-Jena. (M. m. W., 1913, Nr. 22.) Die Beobachtungen, welche Spiethoff an einem allerdings nur kleinen Material ausgeführt hat, weisen darauf hin, daß das Salvarsan tatsächlich eine in gleicher Weise der Lues sonst nicht eigene Steigerung des Druckes im Zerebrospinalkanal auslöst und zwar nicht nur im sekundären und späteren Stadium, sondern auch schon in der Frühperiode. Bei manchen Fällen erreicht diese Zunahme recht erhebliche Höhen, in anderen bleibt sie innerhalb normaler Grenzen. Mag nun diese Erscheinung als direkte chemische Wirkung des Mittels zu deuten sein, mag sie etwa mit einer vermehrten Toxinwirkung als Folge von Spirochätenzerfall zusammenhängen, jedenfalls ist mit der Möglichkeit einer schädigenden Druckerhöhung bei Verwendung dieses so eminent wirksamen Mittels zu rechnen. A. Philippi-Salzschlirf.

Überleitungsstörung im Verlauf der Salvarsanbehandlung bei einem Patienten mit später Sekundärlues, von H. Fuchs-Basel. (M. m. W., 1913, Nr. 42.) Bei einem 39jährigen verheirateten Maler, Vater von zwei gesunden Kindern, der sich angeblich 18 Jahre zuvor infiziert hatte, fanden sich bei der Aufnahme in die Klinik Plaques an der Unterlippe, Iridozyklitis und periostitische Schwellungen an den Händen und Füßen. Es wurden Salvarsaninjektionen gegeben, welche zunächst gut vertragen wurden; nach der fünften Einspritzung jedoch trat neben einer erheblichen Verlangsamung der Herzaktion auf 40 Schläge in der Minute eine deutliche Venenpulsation in der Fossa supraclavicularis hervor mit einem von demjenigen des Radialpulses ganz verschiedenen Rhythmus. Das daraufhin aufgenommene Elektrokardiogramm bestätigte die Diagnose der vollständigen Dissoziation; die Vorhofsschwankungen waren in bezug auf Zahl und Zeit von den Ventrikelschwankungen vollständig unabhängig. An subjektiven Beschwerden wurden Herzklopfen und Beklemmungsgefühl angegeben. Im Laufe von etwa acht Tagen gingen die Erscheinungen zurück, und eine späterhin verabreichte Injektion von Salvarsan (0,5) wurde reaktionslos vertragen. Verfasser nimmt zur Erklärung des bemerkenswerten Vorkommnisses an, daß ein Spirochätenherd wohl im Hisschen Bündel bestanden haben mag und bei seiner Auflösung Reaktionserscheinungen bewirkte in analoger Weise wie die Jarisch-Herxheimersche Reaktion. A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Jarisch-Herxheimersche Reaktion der Gummata auf die Salvarsanbehandlung, von A. Hitrowo. (Zschr. f. Chemother., 1913, Bd. 2, H. 1.) Verfasser beobachtete in drei Fällen gummöser Lues 1—2 Tage nach intramuskulärer Darreichung von Salvarsan stürmische Reaktionen, die in starker Rötung und Schwellung der Gummaränder, sowie in schnellem Zerfall der gummösen Massen bestanden.

O. Valentiner-Leipzig.

Herxheimersche Reaktion mit lymphangitischer Form, von Dufour. (Soc. m. d. hôp., 28. November 1913.) Ein 26jähriger Mann mit Initialsklerose erhielt in wöchentlichen Abständen vier Injektionen von Neosalvarsan. Der Schanker war vernarbt und die Behandlung seit mehreren Tagen beendet, als einige Papeln auftraten. Man nahm eine neue Neosalvarsaninjektion von 0,3 vor, die in der Nacht von Schüttelfrost, Fieber

Digitized by Google

und Kopfschmerzen gefolgt war. Zugleich fingen die Papeln an, zu jucken und zu brennen. Tags darauf war jede Papel turgeszent und von einem entzündlichen schmerzhaften Hof umgeben, von welchem lymphangitische Streifen ausgingen mit Schwellung der zugehörigen Drüsen. Jede Therapie wurde darauf unterlassen und in wenigen Tagen waren die entzündlichen Symptome geschwunden. A. Gunsett-Straßburg.

Herxheimersche Reaktion von lymphangitischem Typus, von Dufour und Thiers. (Bull. méd., 1913, Nr. 95.) Ein 26jähriger Mann erhielt wegen eines Primäraffektes vier Neosalvarsaninjektionen in achttägigen Intervallen; bald nach der letzten erschien ein Exanthem, weswegen nochmals 0,3 injiziert wurden. Am Abend trat Schüttelfrost und Kopfschmerzen sowie Jucken und Brennen an den Effloreszenzen auf. Am folgenden Tage sah man jede Papel turgeszent von einem entzündlichen, druckschmerzhaften Hofe umgeben; von dort aus zogen sich lymphangitische Streifen zu den regionären Lymphdrüsen, die geschwollen und dolent waren. Nach vier Tagen waren die Erscheinungen verschwunden; Verfasser beziehen sie auf eine Herxheimersche Reaktion. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Toxizität des Salvarsans, von Alter-Lindenhaus. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Verfasser wendet gegen die von Pürckhauer und Mauss in ihrem Bericht über einen nach Neosalvarsandarreichung tödlich verlaufenen Fall (M. m. W., 1914, Nr. 8) vertretene Auffassung ein, daß die Begründung der Diagnose Arsenvergiftung mit Polyneuritis und Korsakowschem Syndrom in mancher Beziehung lückenhaft sei. Es könne sich bei dem betreffenden Fall sehr wohl um eine ungünstige Beeinflussung von metaluetischen Prozessen gehandelt haben, wie dies auch bei Hg-Behandlung schon wiederholt vorgekommen ist, und es ihm zur Regel gemacht hat, solche Fälle nur mit sehr vorsichtigen Dosen und nur nach Ausführung der Lumbalpunktion zu behandeln.
A. Philippi-Salzschlirf.

Über einen Fall von Netzhautblutungen nach Kalomel-Salvarsanbehandlung, von F. Morpurgo-Triest. (M. m. W., 1914, Nr. 12.) Ein 24jähriger Kellner erhielt wegen frisch akquirierten Primärsyphilids nach einer einleitenden Kalomeleinspritzung 0,6 Neosalvarsan und in den nächsten Tagen noch 2 Kalomeleinspritzungen zu 0,05 und 0,10. Es trat fünf Tage nach der letzten Einspritzung ein scharlachartiges Exanthem mit Fieber bis 39,2° auf, und einige Tage später zeigten sich Hämorrhagien an der Mundschleimhaut und subkutan nebst Epistaxis und späterhin Hämaturie. Etwa fünf Wochen nach der Neosalvarsaninjektion wurde über Sehstörungen geklagt, und es fanden sich an der Retina beiderseits Hämorrhagien. Diese besserten sich im Laufe der Behandlung, waren aber noch nicht vollständig beseitigt, als Patient sich der weiteren Beobachtung entzog. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Salvarsantodesfälle und ihre Ursachen mit Berücksichtigung der Salvarsanschäden, von A. Schmitt-Nürnberg. (M. m. W., 1914, Nr. 24 u. 25.) In einer kürzlich erschienenen Broschüre hat V. Mentberger schwere Anklagen gegen das Salvarsan erhoben und eine Serie von 274 Beobachtungen, welche er als Salvarsantodesfälle bezeichnet, zusammengestellt. Verfasser zeigt, daß von dieser Zahl sicherlich 102 abzuziehen sind. Einige (7) Fälle sind doppelt geführt, bei anderen (35) fehlen die allernotwendigsten Einzelheiten, einer der Fälle war gar nicht mit Salvarsan, sondern mit dem Präparate Mouneyrat behandelt worden, und bei 61 Fällen wird jeder vorurteilsfreier Beobachter zugeben, daß der Exitus letalis sicherlich nicht dem Salvarsan, sondern der Schwere der Erkrankung, so namentlich bei hereditär syphilitischen Kindern, zuzuschreiben war. Es bleiben allerdings immerhin 172 Fälle, welche man als Salvarsanvergiftungen zu deuten hat. An einer umfassenden Darlegung der bezüglichen Publikationen schildert Verfasser die an den einzelnen Körperorganen auftretenden Er-

Digitized by Google

scheinungen der Salvarsanschädigung und fordert zu Vorsicht beim Gebrauch des Mittels auf. Man soll die Injektionen nicht in kürzeren als achttägigen Intervallen geben und bei kräftigen Männern nicht mehr als 0,4—0,5, bei Frauen 0,3—0,4 Salvarsan verabreichen. A. Philippi-Salzschlirf.

Kritische Bemerkungen zur Pathogenese eines „Salvarsantodesfalles", von W. Wechselmann. (M. m. W., 1914, Nr. 34.) Vor kurzem hatte Frühwald über einen in der Rilleschen Klinik vorgekommenen tödlich verlaufenen Fall (M. Kl., 1914, Nr. 25) von Syphilis unter Salvarsanbehandlung berichtet, wobei er den unglücklichen Ausgang als kaum vermeidlich und durch eine klinisch nicht erkennbare, besondere Empfindlichkeit gegen Arsenpräparate bezeichnete. Es handelte sich um ein im sechsten Monat der Schwangerschaft befindliches, frisch syphilitisches Mädchen, das binnen fünf Tagen zweimal eine Injektion von 0,75 Neosalvarsan erhielt. Sie starb zwei Tage nach der zweiten Injektion unter dem Bilde der Encephalitis haemorrhagica. W. wendet gegen den F.schen Standpunkt ein, daß in dem Bericht der zuverlässige Nachweis des Fehlens einer sogar wahrscheinlich vorhandenen Schwangerschaftsnephritis fehlt. Man dürfe nie eine Schwangere mit Salvarsan behandeln, ohne vorher durch Feststellung der ausgeschiedenen Urinmenge und durch Ausführung der Funktionsprüfung durch Milchzucker nach Schlager sich Sicherheit verschafft zu haben. Auch sei die Dosis von 0,75 bei einer Schwangeren zu hoch gegriffen; bei einer solchen solle man mit ganz kleinen Dosen, etwa 0,15, anfangen und kaum über 0,45 hinausgehen.
A. Philippi-Salzschlirf.

Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan in zweiundeinhalb Jahren, von William Thomas Corlett-Cleveland. (J. Am. m. Assoc., 20. Sept. 1913.) Verfasser ist mit der Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan in der Syphilistherapie im allgemeinen zufrieden und sein Bericht stimmt im großen ganzen mit den Erfahrungen der Mehrzahl der deutschen Verfasser überein; auch er bevorzugt die Kombinationstherapie, d. h. Salvarsan zusammen mit der Quecksilberkur.
H. Fendt-Wiesbaden.

Resultate der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Neosalvarsan, von S. H. Wadhams und E. C. Hill. (M. Record, 29. Nov. 1913.) Die an einem reichlichen Saldatenmaterial, das dauernd kontrolliert und beobachtet werden konnte, gemachten Erfahrungen der Verfasser sprechen nicht sehr zugunsten einer Dauerwirkung des Salvarsans. Verfasser sprechen direkt aus, daß sie dem Salvarsan und Neosalvarsan, auch in vollen Dosen keine Heilung der Syphilis zusprechen können. So wertvoll die symptomatische Wirkung des Salvarsans ist, und so wichtig der Besitz dieser Mittel, besonders bei Patienten, die Quecksilber nicht vertragen können, so sollte doch kein Patient, auch wenn er mit häufigen Injektionen behandelt worden ist, sich als geheilt betrachten, wenn nicht der Wassermann dauernd, wenigstens ein Jahr oder länger kontrolliert worden ist. Die Verfasser legen Wert darauf, daß bei Vornahme des Wassermann der Patient wenigstens 48 Stunden lang seinem Körper keinen Alkohol zugeführt hat. W. Lehmann-Stettin.

Wirkung von Salvarsan und Neosalvarsan bei Syphilis und Tuberkulose, von Jeanselme, Vernes und Marcel Bloch. (Bull. méd., 1914, Nr. 16.) War die Syphilis mit Tuberkulose kompliziert, so wurde die letztere im frühen Stadium durch Salvarsan und Neosalvarsan sehr günstig beeinflußt: das Gewicht hob sich, Schwäche, Fieber, Dyspnoë usw. hörten auf. Bei vorgeschrittenen Fällen hatten die Medikamente wenigstens keine Verschlimmerungen (Hämoptyse) zur Folge. Ähnliche Erfahrungen machten Léon Bernard und Jean Paraf (Bull. méd., 1914, Nr. 18).
R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues, von U. Arcangeli-Rom. (Riv. ospedaliera, 1914, Nr. 16.) Verfasser hat gute Resultate erzielt: bei gewöhnlichen Primärsklerosen und gewöhnlichen Sekundärerscheinungen der Haut und der Schleimhäute, bei luetischem Fieber, bei luetischen Knochen- und Gelenkaffektionen, bei Lungensyphilis, luetischen Affektionen der Aorta und des Myokards, bei Aneurysma der Aorta, bei syphilitischer Nephritis. Erfolglos war die Behandlung in einem Falle von Hepatitis sclero-gummosa. In zwei Fällen von luetischem Diabetes blieb die Glykosurie fast unbeeinflußt. Gute Resultate hat Verfasser auch erhalten bei Hemiplegien luetischen Ursprungs, bei Meningitis luetica acuta, in zwei Fällen von Lues des Kleinhirns, in einem Fall von Meningomyelitis luetica dorso-lumbalis, in mehreren Fällen von Tabes im Anfangsstadium und in einigen Fällen von allgemeiner Paralyse. Bronchialasthma und Diabetes stellen keine Kontraindikation für die Behandlung dar. K. Rühl-Turin.

Über Salvarsan und Neosalvarsan, besonders ambulatorisch angewendet, von K. Rühl-Turin. (M. m. W., 1914, Nr. 22.) Durch die kürzlich von einigen Verfassern erhobenen Anklagen gegen die Salvarsantherapie hat sich R. veranlaßt gesehen, seine Erfahrungen bei 124 Patienten, welche er teils mit Altsalvarsan (mit 93 Einspritzungen) und teils mit Neosalvarsan (mit 410 Einspritzungen) behandelt hat, zu veröffentlichen. Er gelangt dabei zu dem Resultate, daß diese Mittel bei angemessener Anwendung durchaus nicht als gefahrvoll zu bezeichnen sind, konnte er doch 429 Einspritzungen ambulatorisch verabreichen, ohne daß lebensbedrohende Nebenerscheinungen zu beobachten waren. Das Altsalvarsan wurde 35 mal intramuskulär gegeben, doch hat Verfasser diese Methode nur in der Anfangszeit bevorzugt. Das Neosalvarsan wurde immer intravenös gegeben zunächst in 200 ccm, schließlich in 50 ccm destilliertes Wasser gelöst. Dabei wurde auf die Kombination mit Quecksilber, vorzugsweise in Form von Kalomel nicht verzichtet. Eine Durchschnittskur für einen kräftigen Mann gestaltete sich in der Regel so, daß in Abständen von 3—5 Tagen drei intravenöse Infusionen zu 0,4, 0,5 und 0,6 Altsalvarsan oder 0.6—0.75—0,9 Neosalvarsan gegeben wurden, worauf sich 12—14 Einspritzungen von 0,7—1,0 Kalomel anschlossen; nach einer Pause von 5—7 Wochen folgten dann 2—3 Salvarsaneinspritzungen und eine energische Hg-Kur; alsdann wurde wieder 5—7 Wochen pausiert und dann eine Schlußkur von 1—3 Salvarsaninfusionen und kräftiger Hg-Behandlung verabreicht. A. Philippi-Salzschlirf.

Mit Neosalvarsan intensiv behandelte Augenkranke, von M. Mohr-Budapest. (Gyógyászat, 1913, Nr. 49 und Szemeszet, Beiblatt des Orv. Hetilap, 1913, Nr. 2.) Durch die nötige Asepsis, die gehörige Untersuchung des Organismus des Patienten, die sich hauptsächlich auf das Herz und die Nieren erstreckt hat, und durch die nötige Technik konnten unangenehme Symptome vermieden werden und es waren auch keine ernsten Symptome. In dem einen oder anderen Falle Diarrhoe, einmal sogar Stuhlverstopfung, kleinere Temperaturen von 37,5—37,8° C, ab und zu Kopfschmerzen. Die intensive intravenöse Dosierung von 3,25—10,15 g riefen keine Unannehmlichkeiten hervor, wohl aber übten sie namentlich in solchen Fällen eine gute Wirkung aus, in denen die Hg- und Jodbehandlung kein solch promptes Resultat zu geben pflegt. Dies waren 17 Fälle von der Keratitis parenchymatosa. Die intravenösen Injektionen bewährten sich gut bei Iritis luetica (11 Fälle), Iridochorioiditis diffusa. Nach Mohrs Überzeugung wird das Mittel intravenös und in gehöriger Dose gegeben ein kräftiges Medikament sein, während die Wirkung der Depotbehandlung stark zurückbleibt. M. Porosz-Budapest.

Syphilis und Neosalvarsan, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (Lancet-Clinic, 22. März 1913.) Seit Mai 1912 hat Verfasser den Gebrauch des Altsalvarsans vollkommen eingestellt, da er der Überzeugung ist, daß Neosalvarsan das Altsalvarsan in jeder Beziehung ersetzt, viel leichter zu handhaben und ungefährlicher sei. Er pflegt

Digitized by Google

hauptsächlich intravenöse Injektionen in kleinen und mittleren, öfter wiederholten Dosen zu geben und macht die Behandlung der Syphilis vollkommen vom regelmäßig untersuchten Wassermann abhängig. Er ist in letzter Zeit zu der kombinierten Behandlung übergegangen, da sie nach seinen Erfahrungen doch besser ist und mehr dauernde Erfolge gibt als Salvarsan allein. Er führt aus, daß in Deutschland die Behandlungen viel länger fortgeführt werden und viel intensiver sind als es in Amerika allgemein üblich ist. Er ist infolgedessen auch schon dazu übergegangen, über den negativen Wassermann hinaus weiter zu behandeln und hat dadurch die Anzahl der Rezidive, die er bis dahin in 25% der Fälle hatte, auf etwa 12½% herabdrücken können.

W. Lehmann-Stettin.

Die intravenöse Anwendung von Neosalvarsan bei Syphilis, von J. A. Nixon. (M. Press & Circ., 16. Juli 1913.) Verfasser beginnt bei sonst gesunden männlichen Patienten mit 0,75 Neosalvarsan, geht dann zu 0,9 über und gibt gewöhnlich wöchentlich zwei Injektionen, bis zu vier oder fünf; daneben wendet er auch noch Quecksilber an. Im übrigen bringt der Artikel nur alt- und allbekanntes. H. Fendt-Wiesbaden.

Persönliche Erfahrungen mit Neosalvarsan, von T. Schaepkens van Riempst-New York. (M. Record, 9. August 1913.) Die von dem Verfasser angeführten Beobachtungen unterscheiden sich im wesentlichen nicht von denen anderer Publikationen; interessant sind ein paar einzelne Fälle: so drei Fälle von Osteoperiostitis mit ausgedehnter Verdickung des Tibiaschaftes und außerordentlich heftigen Schmerzattacken, Fälle, die prompt zur Heilung kamen. Bei einem Knaben mit hereditärer Syphilis und positivem Wassermann, der sehr häufig epileptische Anfälle hatte, wurden diese Anfälle trotz viermaliger Neosalvarsaninjektion nicht im geringsten beeinflußt. Ebenso negativ waren die Resultate in einem Fall von multipler Sklerose, der Syphilis gehabt und noch positiven Wassermann hatte. W. Lehmann-Stettin.

Über konzentrierte Neosalvarsaninjektionen, von W. Kerl. (W. kl. W., 1913, Nr. 50.) An der Klinik Riehls werden die konzentrierten Neosalvarsaninjektionen seit Juli 1913 verabfolgt. Bisher wurden 118 Patienten mit 345 Dosen behandelt. Nebenerscheinungen traten nur in geringem Grade auf, jedenfalls nicht intensiver und häufiger als bei Verwendung von großen Flüssigkeitsmengen. Auffallend war ein oft spätes Einsetzen der Beschwerden; nach Verfasser spricht diese verzögerte Fieberreaktion gegen die Annahme, daß zerfallene Bakterien und Endotoxine die Ursache der Temperatursteigerung seien, da bei der in beiden Fällen gleichen supponierten Noxe auch die Reaktion sich ähnlich zeigen müßte. W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Trichotillomanie, von R. L. Sutton-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 12. Dez. 1914.) Das krankhafte Verlangen, sich die Haare einzeln auszureißen, ist zuerst von französischen Verfassern unter dem Namen Trichotillomanie genau beschrieben worden. Desgleichen haben diese die Bezeichnung Dermatothlasie eingeführt für die Neurodermatose, welche darin besteht, daß das betreffende Individuum mehr oder weniger ausgiebige Stücke der Haut einem abnormen Drange folgend abreibt oder abkratzt. Juckreiz spielt dabei keine Rolle. S. gibt die Abbildung einer 27jährigen Frau, welche sich allmählich die oberen Augenwimpern total und von den Augenbrauen die mediane Hälfte einzeln ausgerissen hatte. Ferner berichtet er (mit Abbildung) über einen 14jährigen Knaben, der auf der linken Kopfhälfte infolge ständigen Ausreißens aller dickeren Haare nur dünne Flaum-

Digitized by Google

haare aufwies. Als ein Fall, der fast als Dermatothlasie zu deuten ist, wird über eine 52jährige, unverheiratete Ärztin berichtet, welche unter der fixen Idee litt, die Trägerin einer besonderen Art von Insekten in der Haut zu sein, und anfallsweise an den verschiedenen Stellen die Haut so lange energisch zu reiben pflegte, bis sie einen kleinen Klumpen Epidermis abscheuerte, in welchem die Parasiten ihrer festen, durch nichts zu erschütternden Überzeugung nach enthalten waren. Sobald das Klümpchen durch Verbrennen vernichtet war, trat auf einige Stunden Beruhigung ein.

A. Philippi-Salzschlirf.

Farbige Photographien von Hautkrankheiten, von Rille. (M. Ges. zu Leipzig. 17. November 1914; M. m. W., 1915, Nr. 4.) Aus der Beobachtung der Leipziger dermatologischen Klinik werden Lumière-Aufnahmen von selteneren Lokalisationen der extragenitalen Primärsyphilis, intensive Arzneiexantheme (Chinin, Jododerma tuberosum, Arsenkeratose) demonstriert, ferner diagnostisch wichtige Zungenaffektionen und eine Reihe von Gangränformen (schwerste syphilitische Knochennekrosen, Malum perforans tabeticum, Hospitalbrand). Es folgten Varizella bei Erwachsenen, Varicella gangraenosa und generalisierte Vakzine mit tödlichem Ausgange, ferner Hautschädigungen durch Sonnenbäder, sowie von Rentenjägern durch Kantharidin hervorgebrachter Pseudopemphigus und die bislang nicht beschriebenen, insbesondere dorsalwärts am Daumengelenk vorkommenden Melkerschwielen. Aus einer reichen Karzinomkasuistik sind Paraffinkrebs am Skrotum und Penis, Carcinoma miliare vulvae mit Elefantiasis, Pagets Karzinom und zwei letal verlaufene Lupuskarzinome hervorzuheben. Einzig dastehen dürfte ein Fall von Schweinerotlauf bei einem Tierarzte mit blauroter erysipelartiger Schwellung am Daumen. Aus der Reihe der „neuen Mykosen" gelangen je ein Fall von Blastomycosis (einer unter dem Bilde eines Skrotalabszesses, ein anderer in Form großer serpiginöser Infiltrationsringe der Lumbal- und Glutäalgegend) zur Projektion, sowie zwei Fälle von Sporotrichosis, der eine mit gumma- und skrofulodermaähnlichen Zerfallsherden am Vorderarm, der andere mit in der Zirkumanal- und Skrotalgegend situierten, weit ausgedehnten drusig-papillären Exkreszenzen nebst Geschwürsbildungen. A. Gappisch-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Jahresversammlung der **American Dermatological Association** findet im Mai d. J. in New York statt.

Von Prof. emerit. Dr. James Clarke White in Boston, welcher am 7. Juli 1914 den 80. Geburtstag feierte, ist eine interessante Autobiographie „Sketches from my life, 1833—1914" (Cambridge, Mass. 1914) erschienen.

Priv.-Doz. Dr. Rodolfo Stanziale in Neapel wurde zum Professor der Dermatologie in Messina ernannt.

Dr. Otto Valentiner, Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. März 1915 | Nr. 10 | Band 60

Das Richtersche Kontraluesin und seine praktische Bedeutung.

Von

Dr. P. Scharff, Stettin.

Nachdem die chemotherapeutische Ära durch Ehrlichs bedeutsamen Erfolg mit seinem Salvarsan eröffnet ist, kann es nicht wundernehmen, wenn die methodische Forschung nach besseren Kampfmitteln gegen die Syphilis sich auch konkurrierend mit dem immerhin nicht harmlosen 606 wieder dem ältesten und bekanntesten Mittel, dem Quecksilber, zuwendet. Ein solches Bestreben erscheint um so berechtigter, als das Salvarsan weder ganz so wirksam, noch ganz so unschädlich erscheint, wie seine unbedingten Verehrer es hinstellen. Seine neurotoxischen Eigenschaften zum mindesten lassen sich weder durch Neurorezidivhypothesen noch durch den „Wasserfehler" aus der Welt schaffen, ebensowenig wie seine bedenkliche Vorliebe für die Leber und seine Gefahr für das Herz und die Gefäße. Demgegenüber erscheint es von vornherein als ein verdienstliches Werk, das seit Jahrhunderten bewährte Hydrargyrum in eine wirksamere therapeutische Form zu gießen.

Richter sucht diese Aufgabe von zwei Gesichtspunkten aus zu lösen: einmal bringt er das Hydrargyrum in eine neue kolloidale Form, dessen Moleküle von Mikrokokken- und Kokkenfeinheit, als Submikronen die denkbar besten physikalischen Vorbedingungen für eine gute und schnelle Resorptionsmöglichkeit gewähren. Andererseits sucht er die Heilkraft des Hydrargyrums dadurch zu erhöhen, daß er dieses kolloidale Quecksilber in einem künstlichen Serum mit verschiedenen anderen spezifisch wirkenden Stoffen verbindet, welche im Organismus ihre Angriffskraft gleichsinnig auf die Spirochäten richten, während sie ihre Schutzkraft zusammen auf die Körperzellen übertragen. Das Richtersche Kontraluesin stellt also ein Gruppenmittel dar, und zwar eine Kombination von kolloidem Goldamalgam, welches durch seine äußerst feine Verteilung, eine ganz ungeheure Oberfläche und dementsprechende Angriffsbreite erhält, mit Salizyl, Sozojodol, Chinin und Sublimat zu einem innigen Gemische verarbeitet. Bei der Wahl und Schöpfung seines Quecksilber- und Goldkolloids leiteten Richter folgende Gedanken: alle Metallkolloide

Digitized by Google

haben die Eigenschaft, nach anfänglich die Zahl der roten und weißen Blutkörper herabsetzender Einwirkung bald in das Gegenteil umzuschlagen und eine entschiedene Zunahme beider und eine gleichzeitige mächtige Steigerung der Phagozytose herbeizuführen. Metallkolloide wirken wie anorganische Fermente, gegen die geformten organischen Fermente und deren Stoffwechselprodukte.

Ich halte überdies den Gedanken, das Quecksilber mit Gold zu vereinigen und gegen die Syphilis zu verwenden, für einen ganz besonders guten, weil ja das Gold schon von alters her an und für sich allein als ein spezifisches Antisyphiliticum bekannt ist, allerdings aber seit langem keine oder nur geringe praktische Berücksichtigung mehr erfahren hat. Abgesehen von diesen allgemeinsten Gesichtspunkten besitzt das Aurum mit dem Hydrargyrum auch eine ganze Reihe von Angriffspunkten im Organismus gemeinsam. Es macht wie dieses unter Umständen Stomatitis und erzeugt Speichelfluß, wirkt besonders auf das Herz, das Gefäßsystem, die Drüsen und ganz besonders auf das Knochengerüst und das Periost (cf. H. Schulz, die Wirkung und Anwendung der anorganischen Heilmittel, S. 325/326) und vermag, wie man aus der zitierten Stelle ersehen kann, auch die Jarisch-Herxheimersche Reaktion hervorzurufen. Merkwürdigerweise ist das Gold ein Antidot des Quecksilbers. Es besteht zwischen beiden Mitteln wohl ein ähnliches Verhältnis, wie z. B. zwischen Morphium und Belladonna, welche, obwohl Antidote auf der einen Seite, doch auf der anderen ihre schmerz- und krampfstillenden Kräfte addieren. Gemeinsam richten Quecksilber und Gold ihren Angriff, sei es nun direkt oder indirekt, auf die spezifischen Bakterienleiber, während sie durch ihr antidotarisches Verhältnis die toxische Gefahr für den Organismus erheblich verringern. Mir scheint dieser Gesichtspunkt ganz wesentlich für die noch zu besprechende Höhe der Quecksilberdosis in dem Richterschen Kombinationsmittel.

Während nun Gold und Quecksilber in Gestalt des betreffenden Amalgams die spezifische Dauerwirkung des Kontraluesins verbürgen, repräsentiert unter den übrigen Bestandteilen dieses Kombinationstherapeutikums das Sublimat den akut antiluetisch wirkenden Körper. Dem Chinin, mit seiner biologischen Affinität zu den Blutkörperchen und dem Arsen mit der seinigen zur Haut und den Nervenzellen ist die Aufgabe zugedacht, dem resorbierten Hydrargyrum- und Goldmolekülen gewissermaßen Vorspanndienste zu leisten, um diese an die richtigen Stellen zu schaffen. Chinin und Salizyl sind von Richter zu einer neuen chemischen Verbindung vereinigt, die ähnlichen Vorgänge auf dem Gebiete der Färbungen entsprechend, den Toxinen gegenüber stark avide Eigenschaften entfalten und sich wahrscheinlich ihnen addierend dieselben

Digitized by Google

unschädlich machen. Daß aber überhaupt derartige Mittel mit bekannter organotroper Orientierung wirklich solches zu leisten imstande sind, daß sie gewissermaßen Schienen bilden, auf welchen das spezifische antibakterielle Zielmittel an die richtige Stelle geleitet wird, ist z. B. vom Jod bekannt. Nach den Untersuchungen von Prof. Lorb (Über die Verteilung von Jodverbindungen, Ther. Mh., Nov. 1913) ist das Jodkalium an sich weder neuro- noch lipotrop. Bindet man dagegen Jod an Fett, wie im Jodipin oder Lipojodin, so kann man es sicher in das Fett und Nervengewebe dirigieren. War für Richter bei der Wahl von Arsen und Chinin dieser Gesichtspunkt ausschlaggebend, so sollen endlich Salizyl und Sozojodol eine allgemeine bakterielle Wirkung ausüben.

Halte ich nun diese theoretischen Spekulationen, welche Dr. Richter bei der Kombination seines Kontraluesins leiteten, mit den praktischen Erfahrungen, die ich seit ca. 3 Jahren mit diesem Mittel gemacht habe, zusammen, so muß ich zunächst hinsichtlich der Resorption sagen, daß dieselbe geradezu überraschend schnell vor sich geht, bei weitem schneller, als man solches bei Verwendung von Oleum cinereum beobachten kann. Nach Scholtz (Lehrbuch der Geschlechtskrankh., 1913, S. 390) geht die Resorption des Kontraluesins sogar noch bedeutend schneller vor sich, als diejenige des Hydrargyrum salicylicum. Die durchschnittlich geringfügigen Sensationen, die manchmal bei der Injektion auftreten oder nach ihr als vorhanden vom Patienten angegeben werden, verschwinden sehr viel schneller als nach Ol. cinereum-Verwendung. Obgleich in der jeweilig zur Applikation gelangenden Menge von 1,5 ccm die relativ große Dosis von 0,15 Hydrargyrum enthalten ist, habe ich niemals — abgesehen von ganz leichten, gewöhnlich auf mangelhafte Mund- und Zahnpflege zurückzuführende Irritationen der Gingiva bei Patienten, denen diese Seite der persönlichen Kultur noch ein Novum gewesen war — eine richtige Stomatitis beobachtet, noch weniger eine Enteritis. Dabei habe ich mich sehr bald nicht mit 4 in 15 Tagen zu gebenden Injektionen, wie es Richter empfiehlt, begnügt, um nach 2 Monaten noch einmal 2 bis 4 Spritzen folgen zu lassen, sondern bin im Interesse einer energischen Einwirkung bis auf 8 und 10 Injektionen innerhalb von 6—8 Wochen gestiegen. Nach den ersten 4—6 Injektionen ließ ich eine Pause von 10 bis 14 Tagen eintreten, um die Reaktion des Körpers auf diesen Eingriff in Ruhe beobachten zu können, und dann die übrigen Injektionen in etwas größeren Zwischenräumen von 6—8 Tagen folgen. Ich bin auf Grund meiner Erfahrungen zu der Ansicht gekommen, daß man einen Abortivversuch allein mit Kontraluesin nicht unter 10 Injektionen unternehmen soll. Ich schreibe dem Umstande, daß ich in zwei Fällen, bei denen ich die Abortivkur allein auf Grund von im Dunkelfeld gefundenen Spirochäten

Digitized by Google

im Stadium negativer WASSERMANN-Reaktion unternahm, allein deshalb nicht über ein „schwach positives" serologisches Resultat (die Untersuchung erfolgte bei klinischer Symptomfreiheit 8 Monate nach der Kur) hinausgekommen bin, weil bei den beiden sehr großen Männern auch 8 Injektionen im Verhältnis zu ihrem Körpergewichte noch zu wenig waren. Ich würde mich in Zukunft bei ähnlichen Fällen nicht scheuen, auch auf 12 Kontraluesindosen zu steigen. Daß JULIUS FÜRTH (Derm. W. 1913, Nr. 43) mit den Erfolgen von allein 4 Injektionen nicht zufrieden gewesen ist, will ich gern glauben, doch treffen seine Einwürfe nicht das Mittel, sondern nur seine zu geringe Dosierung. Daß also die Einverleibung von so relativ großen Hydrargyrum-Mengen keinerlei Schädigungen des Körpers in Gestalt von Stomatitis resp. Enteritis bei meinem Material weder bei Männern noch bei zarten weiblichen Individuen hervorgerufen haben, scheint mir doch ein praktischer Beweis für die besonders gute bakteriotrope Orientierung dieses RICHTERschen Kombinationsmittels zu sein, dem ein hoher Grad von Organschutz entsprechen muß. Außerdem dürfte hierbei auch das antidotarische Verhältnis vom Hydrargyrum zum Golde eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Dabei ist schon die Menge des Sublimats in dem Kontraluesin so groß, daß STARKE (Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin, Derm. Zbl., 1913, Nr. 2) das RICHTERsche Mittel in erster Linie für ein akut wirkendes Präparat erklärt, eine Anschauung, welche ich nicht zu teilen vermag, wie ich noch später erörtern werde. Jedenfalls starben von 6 Kaninchen, die er mit 0,07 Hydr. (Kontraluesin) pro Kilo injiziert hatte, 3 nach $3^1/_2$ resp. 5 und 14 Tagen an Hg-Intoxikation, während eine gleiche Dosis eines Mertinolprägarates kein einziges der gleichen Kontrolltiere tötete. Derselbe Versuch mit durch Zentrifugieren vom molekularen Hg befreiten Kontraluesin führte zu dem gleichen Resultate, daß die Kontrolltiere in der gleichen Zeit an Hg-Intoxikation eingingen.

Hält man die Ergebnisse dieser Versuche mit den Erfahrungen, die andere und ich mit dem Präparate am syphilitischen Menschen gemacht haben, bei denen von irgend welchen Schädigung absolut keine Rede war, zusammen, so muß man doch sagen, daß dieselben wiederum außerordentlich zugunsten einer besonders guten spirillotropen und organabgewandten Wirkung des Mittels sprechen.

Nachdem der Traum einer Therapia sterilisans magna vorläufig ausgeträumt sein muß, hofft RICHTER (Zur Kontraluesinbehandlung, Derm. W., 1913, S. 57) mit seinem Mittel wenigstens eine Therapia desinficiens leisten zu können. Ob er diesen Anspruch allein für diejenigen Fälle reserviert, welche den sogenannten Abortivbedingungen des positiven Spirochätenbefundes in der negativen WASSERMANN-Phase entsprechen oder für

Digitized by Google

alle Luesfälle überhaupt, kommt bei ihm nicht klar zum Ausdruck. Ich glaube aber annehmen zu dürfen, daß seine Angaben sich in der Tat auf solche Abortivfälle, wie ich sie oben in Übereinstimmung mit der allgemein geltenden Auffassung gekennzeichnet habe, beziehen sollen. Allerdings muß man nach den Angaben Klausners (Über den therapeutischen Wert des Richterschen Kontraluesin, M. m. W., 1914, Nr. 15) die diesbezüglichen Indikationen für das Kontraluesin noch über die strengsten Abortionsbedingungen hinaus auch auf ganz frische Fälle mit positivem Wassermann ausdehnen. Nach ihm scheint die Forderung der Wassermann-Negativität für die Abortion keine so absolute Bedeutung zu besitzen, wie man im allgemeinen anzunehmen pflegt. Wenigstens berichtet Klausner (l. c.), daß von seinen 30 Abortivfällen alle bis auf fünf schon einen positiven Wassermann aufwiesen. Gerade von den beiden mißglückten Fällen hatte aber der eine einen negativen Wassermann, der andere eine nur schwach positive Wassermann-Reaktion ergeben. Hieraus scheint mir die Notwendigkeit einer Revision unserer bisher gültigen Anforderungen an die Vorbedingungen zu einer Abortivkur zwingende Kraft zu bekommen. Daß man mit Kontraluesin allein, zur richtigen Zeit und im richtigen Maße angewandt, Abortivheilungen zu erzielen vermag, beweisen also die Erfolge Klausners (M. m. W., 1914, Nr. 15) mit diesem Mittel. Derselbe berichtet, daß in seiner Hand das Kontraluesin nicht allein Symptome hartnäckigster Art, wie Clavi syphilitici und ein serpiginöses Gumma am Skrotum, welche bisher keinem der bekannten Hydrargyrummittel, selbst nicht dem Salvarsan, gewichen waren, von Kontraluesin endgültig beseitigt wurden, sondern vor allem, wie schon hingewiesen, daß ihm auch von 30 Abortivkuren 28 geglückt seien. Selbstverständlich darf man die Erreichung eines negativen Wassermanns durchaus nicht mit absoluter Heilung verwechseln. Einen zwingenden Beweis kann ja nur die recht unerwünschte Tatsache einer neuen Infektion beibringen. Im übrigen muß man sich aber bei der Ventilation dieser Frage mit größter Reserve ausdrücken und sich der Relativität auch der scheinbar gelungensten Abortivkur bewußt bleiben. Berichtet doch Finger (Quecksilber und Salvarsan, W. kl. W. 1913, Nr. 15) von Fällen, die 2 Jahre hindurch negativen Wassermann aufwiesen, um dann wieder sekundäre Erscheinungen zu produzieren. Das gleiche berichtet Dreyer (M. Kl. 1913, Nr. 8) von einem Falle, der nach einer 4jährigen Wassermann-Negativität plötzlich wieder positiv wurde und ebenso Kerl (W. kl. W., 1913, Nr. 46). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, alle Fälle durch eine jahrelange Beobachtung auf den wirklichen Erfolg der Abortivbehandlung zu kontrollieren.

Dieselbe Vorsicht wird man wohl oder übel den Kontraluesin-Abortiv-

Digitized by Google

fällen ebenfalls gegenüber beobachten müssen, um nicht Enttäuschungen ärgster Art zu erleben, denn es scheint nach den Beobachtungen, wie sie gleichsinnig Finger, Kerl und andere gemacht haben, ebenso eine serologische Latenz der Syphilis zu geben wie eine klinische. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich auch wohl, den serologischen Untersuchungen eine „mobilisierende" Salvarsaninfusion, wie solche in erster Linie von Gennerich empfohlen wurde, vorauszuschicken, um möglichst sichere Resultate zu erhalten.

Ich selbst vermag über Abortivkuren, die einzig und allein mit dem Richterschen Mittel durchgeführt wurden, nicht zu berichten. Ich habe es nämlich, offen gestanden, niemals gewagt, die wenigen Patienten, die sich noch im günstigen Stadium der klassischen Abortionsmöglichkeiten befanden, ganz ohne Salvarsan zu lassen.

Von 52 Fällen, die ich mit Kontraluesin behandelt habe, gehörten 12 zu den für eine Abortivkur geeigneten. Ich habe dieselben sämtlich mit 7—8 Injektionen des Richterschen Mittels und 2—3 Salvarsaninfusionen behandelt und bisher, sogar nach $1^1/_2$ Jahren, noch keinen Umschlag des negativen Wassermanns erfahren. Von denjenigen Fällen, welche schon mit positivem Wassermann und allgemeinen Erscheinungen in die Behandlung traten, habe ich ausgezeichnete klinische Resultate gesehen, wie solche zu erzielen mir bisher nicht möglich gewesen ist. Ich bemerke hier nur, daß ich sonst dem Ol. cinereum den Vorzug vor dem allerdings durchschlagender wirkenden, aber für die Privatpraxis zu schmerzhaften Calomel und dem zwar schnell, aber zu wenig nachhaltig wirkenden Salizyl-Quecksilber gegeben habe. Von allen meinen Syphilisfällen der zweiten Rubrik habe ich nur zwei klinisch rezidivieren gesehen, und zwar mit einer Psoriasis specifica bei einer Ehefrau und einer spezifischen Laryngitis bei ihrem stark alkoholisierten Ehemann (Restaurateur). Aber dieser anscheinende Mißerfolg resp. ungenügende Erfolg erklärt sich dadurch, daß die betreffenden Patienten ganz unregelmäßig zur Injektion kamen und zu ihren 8 Kontraluesindosen volle 3 Monate in Anspruch nahmen. Vor solchen verzettelten Dosen muß ich warnen. Es gilt, den Angriff immer so massiv wie irgend möglich zu gestalten. Dagegen möchte ich auch raten, nach den ersten 4—6 Spritzen in 15—25 Tagen eine Pause von 10—14 Tagen eintreten zu lassen, und dann weitere 4—6 Spritzen in Abständen von je 5—6 Tagen nachzugeben.

Ich glaube durch diese Verteilung sowohl den Forderungen des cito et tuto wie des jucunde im Sinne des non nocere am besten genügen zu können.

Besonders in 2 Fällen von extragenitaler Infektion bei 2 Lippenschankern habe ich die Beobachtung machen können, daß jede Injektion von Kontraluesin in der hühner-

Digitized by Google

förmig geschwollenen Submaxillardrüse der entsprechenden Seite das Analogon des Herxheimerschen Symptoms in Gestalt einer bald vorübergehenden stärkeren Intumeszenz hervorrief, ein neuer Beweis für die gute und schnelle Resorption dieses ausgezeichneten Mittels. Von diesen beiden Fällen wurde der eine, ein Mann von 30 Jahren, im Stadium negativer Wassermann-Reaktion von November 1912 bis zum März 1913 mit 9 Kontraluesin und 3 Salvarsaninfusionen (einmal 0,3 und zweimal 0,4) behandelt und blieb bis jetzt (letzter Wassermann April 1914) negativ reagierend. Der andere, ein junges von ihrem Bräutigam durch Kuß infiziertes Mädchen von 20 Jahren, kam erst spät, nachdem alle Symptome der Lues schon manifest geworden waren, in Behandlung und brauchte nach einer ersten Kur mit 8 Kontraluesininjektionen und 4 Salvarsaninfusionen resp. Johaapplikationen im Mai—Juli 1913 noch eine zweite Kur vom Dezember 1913 bis April 1914, um einen negativen Wassermann zu erreichen. Auch an den Inguinaldrüsen bei genitaler Infektion konnte ich das gleiche Symptom des Intumeszierens derselben, wenn auch im abgeschwächten Maße beobachten. Diese Tatsache dürfte wohl ihre ungezwungene Erklärung darin finden, daß sich die Wirkung der gleichen Dosen in diesen Fällen in einem größeren Drüsenkomplex abspielt.

Es ist trotz aller moderner Fortschritte, welche die Syphilidologie hauptsächlich Wassermanns und Ehrlichs Großtaten zu verdanken hat, äußerst schwierig, nach erst dreijähriger Verwendung über ein antiluetisches Mittel ein auch nur einigermaßen abschließendes Urteil fällen zu können, ja ich möchte sagen, es ist gerade durch die exaktere Basis, die unsere Therapie durch Wassermann erhalten, schwerer wie je gemacht, solches tun zu können. Stehen doch noch ganz extreme Anschauungen über die Frage der Heilung sich gegenüber. Die einen erklären alle Fälle für geheilt, welche den negativen Wassermann erreicht haben, die anderen erachten es aber für eine strikte Notwendigkeit, trotz negativem Wassermann noch weiter zu behandeln (cf. Sagnisch, Verhandl. d. nordwestdeutsch. Dermatol.-Vers. 15. I. 1913) und längere Jahre hindurch zu beobachten. Mir scheint, daß die Geschichte der Syphilis und ihrer Behandlung es uns gelehrt haben sollte, daß vor allen Dingen eine geraume Zeit vergangen sein muß, um retrospektiv so manches voreilige Urteil korrigieren zu können. Auch jetzt dürfen wir nicht hoffen, vor Ablauf eines Dezenniums dazu gelangen zu können, in der Frage der immer noch schwankenden Syphilistherapie eine richtigere Anschauung über die Leistungsfähigkeit unserer Heilbestrebungen zu erkämpfen. Vorläufig ist es dringend notwendig, sich trotz wieder augenscheinlich sich mehrender Fälle mit scheinbar vorzüglichstem Heilverlauf der Relativität des Begriffes Heilung bewußt zu bleiben und sich des Wortes Audrys (Ann. de Derm., 1913, 3. Resultats rapprochés du traitement de la Syphilis par arsenobenzol et Hydrargyrum) zu erinnern, wo dieser hervorragende französische Forscher sich folgendermaßen äußert:

„Im allgemeinen gibt es keine Beziehungen zwischen der Intensität

Digitized by Google

der Behandlung und dem Ausbleiben der Rezidive. Diese können sehr wohl bei Patienten kommen, die große Dosen erhielten und häufig injiziert wurden und fehlen bei sehr wenig Behandelten. Eine derartige Tatsache wird keinen erfahrenen Syphilidologen in Erstaunen versetzen. Es gehört eine außerordentliche Unwissenheit dazu, um zu glauben, die spätere Entwicklung der Lues hänge allein von der Behandlung ab. Es gibt Fälle von Syphilis, die immer gefährlich sind, und andere, die leicht bleiben, und wir wissen nicht warum, und besitzen auch kein konstantes und sicheres Mittel für die Prognose. Zu letzterem die WASSERMANN-Reaktion zu benutzen, denkt niemand, da jedermann weiß oder wissen sollte, daß sie monatelang und jahrelang negativ bleibt und plötzlich wieder positiv werden kann." Einen Schlüssel zu dem Rätsel, die trotz aller Fortschritte der Chemotherapie für den nüchternen Beobachter der Entwicklung der Syphilisheilung noch immer vorhanden sind, bietet sich vielleicht in der Bestätigung der Behauptung jener Forscher, welche meinen, daß die Spirochaeta pallida nicht die einzige Ursache des ganzen Symptomenkomplexes der Lues sei, sondern ein Leukocytozoon Syphilidis (Die Ursache der Syphilis mit Berücksichtigung der Chemie des Krankheitserregers, J. E. R. MAC DONAGH, F. R. C. S., London, Vortrag i. d. Versamml. d. deutsch. Naturf. und Ärzte, Wien, Sept. 1913), welches eine ganze Reihe von Umwandlungen durchmacht, von denen die Spirochaeta pallida nur ein Glied ist. Das würde erklären, weshalb eine Syphilis noch bestehen, noch rezidivieren kann, nachdem schon alle Spirochäten durch Salvarsan vernichtet erscheinen, vielleicht auch, weshalb Salvarsan von ungenügender Wirkung bei Tabes und Paralysis ist, obwohl auch diese als durch die Spirochäten erzeugte echte luetische Erscheinungen neuerdings angesehen werden müssen, wobei man allerdings wohl die Lehre von den konstitutionellen Schwächen vergessen haben dürfte. Niemals, das wird man wohl nach dem Scheitern auch der kühnsten und geistreichsten chemotherapeutischen Spekulationen beherzigen müssen, genügt es, allein den Körper mit diesem oder jenem Heilmittel zu überschwemmen, sondern man wird auch diätetische, stoffwechselbefördernde und resorbierende Faktoren, welche die organischen Widerstandslosigkeiten der einzelnen Konstitutionen entsprechend beeinflussen können, nicht außer acht lassen dürfen, sonst wird man trotz aller alten und neuen Spezifika immer wieder das traurige Ereignis erleben, daß ein geistig überanstrengter oder durch Ausschweifungen nervös widerstandslos gewordener Organismus gerade an seinen lebenswichtigsten Nervenzentren auch am tiefsten getroffen wird. Triumphe der Heilung werden immer nur mit Hilfe von guten Konstitutionen und durch eine vernünftige Lebensführung errungen werden. Unter Berücksichtigung

Digitized by Google

aller dieser Faktoren darf man aber das Kontraluesin als einen neuen und äußerst wirksamen chemotherapeutischen Heilfaktor begrüßen, denn es vereinigt nicht allein eine akute, sondern auch eine remanente antiluetische Wirkung kräftigster Art und gewährt durch die Art seiner Zusammensetzung zahlreichere Heilungsmöglichkeiten und mehr Aussicht auf Erfolg als irgend ein anderes merkurielles Mittel. Mit dem Salvarsan aber dürfte es sich vielleicht — meine eigenen Erfahrungen sind ja, wie ich schon ausgeführt, keine ganz reinen nach dieser Richtung hin — messen dürfen als Kampfmittel besonders im ersten Waffengange gegen das so komplizierte Bild der Lues. Ganz besonders aber dürfte es wohl da am Platze sein, wo das Salvarsan kontraindiziert ist, wo chronischer Alkoholismus, Herzschwäche die Anwesenheit von anderen Infektionskeimen und die Anhäufung von Fäulniserregern die organische Widerstandsfähigkeit herabgesetzt haben, wie es sich denn sonst aber auch gut mit demselben kombinieren läßt.

Ich bin der Meinung, daß durch das Kontraluesin Richter unsere Heilungsmöglichkeiten der Syphilis eine außerordentliche Bereicherung erfahren haben, weil es vor allem die Schutzkräfte des Organismus nicht lähmt, sondern dieselben geradezu unterstützt.

Bücherbesprechungen.

Studien über die Fortpflanzung von Bakterien, Spirillen und Spirochäten, von E. Meirowsky-Köln a. Rh. (Berlin 1914, Julius Springer.) Die mit zahlreichen, zum Teil farbigen Tafeln ausgestattete Monographie bringt eine zusammenfassende Darstellung der Untersuchungsergebnisse, die M. in systematischer Erforschung des Bakterien-, Spirillen- und Spirochätenleibes gefunden hat. Gleichsam als Kontrolluntersuchungen darf man die in den Abschnitten über Tuberkel-, Lepra-, Paratyphus-Bazillen und Spirillen niedergelegten Befunde ansehen, welchen dann — nach einem vorbereitenden Kapitel über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse vom Bau und der Fortpflanzung der Spirochäten — die Ergebnisse von M.s Untersuchungen mit der vitalen Methylen-Methylviolettlösung, mit dem Dunkelfeldapparat und am fixierten und gefärbten Kulturpräparat folgen.

Seine Befunde findet M. dann auch weiterhin an Gewebsspirochäten, bei der Hühnerspirillose u. a. bestätigt und entscheidet daher auf Grund des beigebrachten Materials die Frage nach der Stellung der Spirochäten im System endgültig nach der Richtung, daß sie in keinem Zusammenhang mit Protozoen resp. Trypanosomen stehen, vielmehr ihr Bau auf irgend einen Zusammenhang mit höheren Pilzformen hinweist.

Die Anschauung M.s, daß die Spirochäten vermutlich ebenso wie die Tuberkel- und Leprabazillen als Bruchstücke einer höher stehenden, möglicherweise zur Klasse der Myzelpilze gehörigen Pflanze zu betrachten sind, ist im Kreise der Fachgenossen auf lebhaften Widerstand gestoßen. Immerhin — wer Gelegenheit hatte, die Befunde an frischen Präparaten M.s nachzuprüfen, vermag kaum gegen die tatsächlich vorhandenen Bilder stichhaltige Einwendungen vorzubringen.

Digitized by Google

Zur endgültigen Entscheidung der Frage wäre eine energische Nachprüfung sehr wünschenswert. O. Gans-Freiburg i. Br.

Handbuch der Röntgenlehre, von Hermann Gocht-Halle. Vierte Auflage. (Stuttgart 1914, Ferdinand Enke.) Das Gochtsche Handbuch liegt in umgearbeiteter und vermehrter Auflage vor und wird sich sicherlich auch in dieser Auflage neue Freunde gewinnen. Entsprechend der Vertiefung und Verbesserung der Röntgendiagnostik und -therapie haben besonders die Kapitel über Röntgeninstrumentarium und Röntgenröhren, ferner die Kapitel über Anatomie und Physiologie, über Geburtshilfe und Gynäkologie, über die Untersuchung des Magendarmkanals, insbesondere aber die allgemeine und spezielle Röntgentherapie eine Um- und Ausgestaltung erfahren.

Nach wie vor können wir das Gochtsche Handbuch sowohl für den Anfänger als auch für den Kenner dringend empfehlen. Die außerordentlich klare Darstellung der theoretischen Fragen und ihrer praktischen Ausführung sind mustergültig und die übersichtliche, einfache Anlage des Werkes spricht für sich selbst. Mir ist kein angenehmerer und besserer Führer auf dem Gebiete der Röntgenkunde bekannt.

O. Gans-Freiburg i. Br.

Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dritter Jahrgang, herausgegeben von A. Jesionek-Gießen. (Wiesbaden 1914, J. F. Bergmann.) Im dritten Band der Ergebnisse berichtet Cedercreutz-Helsingfors über den Einfluß der inneren Sekretion auf die Haut und deren Anhangsorgane. Zieler-Würzburg behandelt in eingehendem Referat das Gebiet der Hauttuberkulose und der Tuberkulide. Im allgemeinen Teil gibt er eine ausführliche Zusammenstellung über mikroskopischen und kulturellen Nachweis des T. B., sowie Tierversuch und Nachweis im Blute, ferner über Tuberkuloseimmunität, Tuberkulin, Tuberkulosereaktionen und spezifische Tuberkulosebehandlung, allgemeine Diagnose der Hauttuberkulose und Fragen der Pathogenese. Der besondere Teil enthält die Darstellung der „sicheren Hauttuberkulosen" einerseits, und der „Erkrankungen, deren Zugehörigkeit zur Tuberkulose nicht erwiesen oder fraglich ist", andererseits.

Die Salvarsantherapie der Syphilis von Meirowsky-Köln und Kretzmer-Bochum enthält auf knapp 250 Seiten wohl so ziemlich alles, was die so äußerst reichhaltige Literatur über diesen Punkt gebracht hat.

Auch dieser dritte Band muß in seiner übersichtlichen Anlage und der geschlossenen Darstellung der einzelnen Gebiete als ein vorzügliches Nachschlagewerk über den heutigen Stand der betreffenden Fragen bezeichnet werden. O. Gans-Freiburg i. Br.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über konzentrierte intravenöse Neosalvarsaninjektionen, von R. Frühwald-Leipzig. (M. m. W., 1913, Nr. 45.) Die mitgeteilten Beobachtungen beziehen sich auf 93 weibliche Kranke in Rilles Klinik, welche im Laufe von mehr als drei Monaten mit 259 Einspritzungen behandelt wurden. Die Dosis betrug 0,6 Neosalvarsan auf 10 ccm Wasser; nach fünf Tagen wurde in der Regel eine zweite und nach weiteren fünf Tagen eine dritte Injektion verabreicht, so daß die Gesamtmedikation 1,8 Neosalvarsan betrug. Die therapeutische Wirkung wird als sehr befriedigend bezeichnet; die klinischen Erscheinungen aller Stadien schwanden in der Regel in etwa 14 Tagen. Die bekannten Nebenerschei-

Digitized by Google

nungen, Kopfweh, Erbrechen, Fieber (meistens etwa 38,5°, vereinzelt bis 40,1°), Durchfall kamen vor, und wohl nur ein Drittel der Kranken blieben davon ganz verschont. Ernstere Schädigungen waren aber nicht zu verzeichnen. Einzelne recht hartnäckige Infiltrationen im subkutanen Gewebe kamen namentlich beim Beginn der Serie vor, indem etwas von der Lösung in dasselbe gelangte. Dieser Übelstand haftet noch mehr der von Alexandrescu-Dersca empfohlenen Verwendung einer 30%igen Lösung an, welche Verfasser auch bei einigen Fällen mit sonst befriedigendem Resultate angewandt hat. A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Behandlung der Lues hauptsächlich mit Neosalvarsan, von A. Camerano-Turin. (Giorn. di Med. Militare, 1913, Oktober-Dezemberheft.) Bericht über 250 Fälle, die zum Teil mit dem Arsenobenzol Billon resp. mit Salvarsan, zum größten Teil mit Neosalvarsan behandelt wurden. (Die Arbeit bringt nichts Neues; die klinischen Angaben sind sehr mangelhaft; erstaunend ist, daß Verfasser das Salvarsan in heißem, daß Neosalvarsan in lauwarmem Wasser löste.) K. Rühl-Turin.

Erfahrungen über Neosalvarsanbehandlung der Syphilis, von Johann Fabry-Dortmund. (M. Kl., 1913, Nr. 51.) Fabry forscht nach den Gründen für die auch von maßgebenden Seiten so differente Bewertung des Salvarsans, resp. Neosalvarsans. Er selbst war stets ein Anhänger des Salvarsans und hat vom 1. April 1912 bis 1. April 1913 alle Fälle von Syphilis auf seiner großen Abteilung kombiniert mit Neosalvarsan und Hg behandelt; dabei betrachtet er das Neosalvarsan als das eigentliche Heilmittel, und das Hg als sehr wirksames Adjuvans, von dem wir jetzt dank dem Salvarsan sehr viel geringere Dosen und nicht mehr die vieljährige Anwendung brauchen. Fabry glaubt, daß an der Verschiedenheit der Resultate, die in den einzelnen Krankenhäusern erzielt worden sind, der große Unterschied der zur Anwendung gelangten Dosen und der Intervalle schuld trage, und ist überzeugt, daß, wenn man allgemein zu mäßigen Dosen 0,45—0,6 (höchstens) Neosalvarsan in längeren Intervallen übergehen wird, dann die Resultate sich einheitlich so günstig gestalten werden, wie es auf seiner Abteilung der Fall ist.

Fabry gibt dann sein Behandlungsschema für die einzelnen Stadien der Syphilis: 1. Primäre Syphilis. Exzision der Sklerose bei günstigem Sitze; sonst lokale Behandlung. Nach Feststellung des Spirochätenbefundes — wenn möglich bei noch negativer WR — Neosalvarsan 0,45, acht Tage später zweite Neosalvarsaninjektion; nach 14 Tagen die dritte. Inzwischen Beginn der Hg-Behandlung (Hg oxycyanat. 1%ige wässerige Solut. alle zwei Tage 0,02 oder Hg salicyl. 10%ige Emulsion alle 5—6 Tage 0,1 oder Kalomel) ca. acht Wochen; bei dann noch positiver WR vierte Neosalvarsaninjektion 0,45; von dann an alle vier Wochen Prüfung der Reaktion und eventuell in diesen Intervallen noch fünfte und sechste Injektion. Mit dieser Methode gelang dem Verfasser die Kupierung der Syphilis in vielen Fällen, von denen er zwei Krankengeschichten mitteilt, von denen eine eine typische Reinfektion enthält. 2. Sekundäre Syphilis. Hier erleben wir aus den bekannten Gründen (Leichtfertigkeit des Patienten, oft auch Optimismus des behandelten Arztes usw.) die häufigsten Rezidive. Hier müssen wir die chronisch intermittierende Behandlung nach Neisser und Fournier konsequent mit den durch Salvarsan bedingten Modifikationen durchführen und uns durch die immer wiederholte Blutuntersuchung von dem Negativbleiben der WR überzeugen; falls die Umwandlung der WR nicht bald gelingt, soll man die Dosen nicht verstärken, sondern geduldig mit den Dosen von 0,45 längere Zeit weiter behandeln. Da es sicher eine gewisse Idiosynkrasie gegen Salvarsan gibt, so ist Fabry gegen zu konzentrierte Lösungen; er löst 0,45 in 50 ccm Wasser und unterbricht die Injektion, wenn der Patient über eigentümliche Empfindungen im Munde, resp. am Zahnfleisch klagt. Bei Syphilis III scheint dem Verfasser jede Diskussion über die hervorragende Wirkung des Salvarsans über-

Digitized by Google

flüssig; doch empfiehlt er, wo es sich um körperlich sehr reduzierte Individuen handelt, mit kleinen Dosen anzufangen und größere Intervalle sowohl bei der Blutentnahme wie bei den weiteren Injektionen zu machen. Er kombiniert in diesen Fällen die Salvarsanmedikation mit steigenden Dosen von Jodkalium und verabfolgt außerdem Hg.

Fabry hat bei seiner Behandlungsmethode nie Neurorezidive gesehen. Diese Ausführungen beziehen sich in gleicher Weise — abgesehen von der Dosierung — auf Altwie auf Neosalvarsan. Am Schlusse diskutiert der Verfasser mit einigen Worten die Frage, welches Präparat vorzuziehen sei. Eine 20monatliche Erfahrung an einem großen Material, läßt ihn glauben, daß das Neosalvarsan weniger toxisch, vielleicht auch etwas weniger wirksam sei; trotz dieser letzteren Möglichkeit bevorzugt er das Neosalvarsan, wenngleich es gegen dieses ebensogut eine Idiosynkrasie geben kann als gegen Altsalvarsan. Bei vorsichtiger Anwendung hält er diese Gefahr nicht für größer als beim Hg.

O. Lasch-Breslau.

Erfahrungen mit Neosalvarsan am Harlem-Hospital, von H. Fox-New York. (Am. J. m. Sc., Januar 1914.) Diese Beobachtungen beziehen sich auf eine Serie von 56 Fällen, welche teils intravenös (45), teils intramuskulär (11) mit einer Jodipinemulsion des Mittels behandelt wurden. Die Patienten wurden alsbald nach der Einspritzung nach Hause entlassen; nur bei einem einzigen traten Nebenerscheinungen auf, welche einen dreitägigen Aufenthalt im Krankenhaus notwendig machten. Es ist zu bemerken, daß das für die Einspritzungen verwendete Wasser nicht immer unmittelbar vor der Verwendung frisch destilliert war, sondern bis zu 14 Tagen aufbewahrt wurde. Einige besonders frappante Fälle sind ausführlich mit Photogrammen geschildert. Außer Neosalvarsan wurde kein antiluetisches Mittel bei diesen Fällen angewandt, woraus sich das Vorkommen von einzelnen Mißerfolgen erklären dürfte. A. Philippi-Salzschlirf.

Neosalvarsan bei Syphilis, von Douglas J. Guthrie. (Edinburgh J., 1914, Nr. 2.) Allgemeine Besprechung, die zu folgenden Schlüssen führt: Konzentriert eintravenöse Neosalvarsaninjektionen erfordern eine einfache Technik und können ohne Gefahr angewendet werden. Reaktionen nach der Injektion müssen sorgfältig beachtet werden. Die Therapie muß durch die Wassermannsche Reaktion kontrolliert werden. Nach drei Neosalvarsaninjektionen folgt eine Quecksilberkur. R. Frühwald-Leipzig.

Erfahrungen mit Neosalvarsan, von Emil Seger-Aussig. (Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 26.) Die Erfahrungen sind dieselben, die auch von vielfacher anderer Seite gemacht worden sind: etwas schwächere Wirkung des neuen Präparats als des alten, aber doch auch befriedigende Ergebnisse, vor allem bezüglich Abortivheilungen bei Primäraffekt mit noch negativem Wassermann und keine Schädigungen.

E. Klemm-Leipzig.

Neosalvarsan in der Praxis, von Breuil-Troyes. (Monde méd., 5. Juni 1914.) Verfasser läßt sich über die Schwierigkeit der intravenösen, sowie über diejenige einer Anwendung per Suppositorium aus. Diese stellt Anforderungen an den Arzt, jene auch an den Patienten. Die Einführung per os verbieten die bald bei einer derartigen Verordnung eintretenden Dyspepsien. Der Verfasser ist für intramuskuläre Ölinjektionen mit einem Gehalt von 0,3 Neosalvarsan pro dosi, alle acht Tage, 5—6 Wochen lang.

H. Vörner-Leipzig.

Drei Fälle von visceraler Syphilis mit Neosalvarsan behandelt, von Wilh. Holland-Kristiania. (Tidsskrift f. d. norske Laegeforeningen, 1914, Nr. 19.) 1. Paralysis generalis. 42jähriger Mann. Infektion vor 17 Jahren, keine spezifische Behandlung. Anfangs acht Natriumnukleininjektionen. Vom 30. April 1914 bis 17. Juni 1914 hat er alles in allem 16 g Neosalvarsan bekommen, meistens in wöchentlichen Injektionen

Digitized by Google

von 0,45 (konzentriert). Es trat kein Einfluß auf die WR ein, die während der ganzen Zeit stark positiv war, sowohl im Blut wie in der Lumbalflüssigkeit. Anfangs war Besserung vorhanden, später ist der Zustand stationär geblieben. (Bis 22. August 1914 hat der Kranke 19 g Neosalvarsan bekommen.) 2. Syphilis cerebralis. 41 jähriger Mann. Die Infektion hat vor 20 Jahren stattgefunden; über frühere Behandlung war kein Aufschluß zu erlangen. Es handelte sich um einen ausgesprochenen Fall mit Halluzinationen, Zwangsvorstellungen, Unruhe, totaler Inkontinenz; der Kranke kann weder stehen, noch gehen. Vom 31. Juli 1913 bis 17. Juni 1914 erhielt er im ganzen 11,7 g Neosalvarsan in Dosen von 0,45—0,60 (meist konzentriert) wöchentlich und 14 tägig. Schon nach der neunten Injektion (14. November 1913) konnte der Kranke das Bett verlassen, die Inkontinenz verschwand, er wurde klar und orientiert, WR schon 14. August 1913 negativ. Ganz geheilt entlassen. 3. Lebersyphilis. 37 jähriges Weib, die Frau des letztgenannten, eine Trinkerin. Bei der Einlieferung ins Krankenhaus war ein die ganzen Unterextremitäten und die untere Hälfte des Unterleibs einnehmendes Erysipel vorhanden, sowie ein großer Aszites mit beginnender Herzschwäche (drohendem Kollaps), die eine Parazentese des Unterleibes trotz des Erysipels notwendig machte. Nachdem 6500 ccm Aszites abgeflossen war, konnte man die Leber unterhalb des Nabels fühlen und der rechte Lappen verschwand hinter der Ala ossis ilei in die Tiefe. Jodkalium war durch einen Monat ohne Wirkung. 23. August 1913 Neosalvarsan 0,30. 9. September desgl. 0,45. Noch am 30. September wurde eine vierte Parazentese des Unterleibs notwendig; von jetzt ab schreitet die Heilung gleichmäßig vorwärts, so daß weitere Neosalvarsaninjektionen überflüssig waren, und die Kranke konnte am 7. April 1914 geheilt entlassen werden. Schon im Dezember 1913 war die Leberdämpfung normal (6c—c-Bogen). (Die beiden letzten Kranken sind noch ganz gesund am 3. November 1914.)

W. Holland-Kristiania.

Zur intramuskulären Neosalvarsaninjektion, von H. E. Kersten-Rabaul. (M. m. W., 1914, Nr. 21.) Bei den Eingeborenen in Deutsch-Neuguinea ist Verfasser allmählich dazu übergegangen, Neosalvarsan in relativ sehr konzentrierter Lösung intramuskulär zu verabreichen. Er gibt bis zu 0,9 des Mittels in 2 ccm Wasser, resp. 0,45 in nur 1 ccm H_2O, und er hat den Eindruck, daß bei gleicher Heilwirkung störende Nebenerscheinungen wie Infiltrate, Abszesse und Klagen über Schmerzen ganz wesentlich seltener zu verzeichnen waren als bei der Verwendung von größeren (10—20 ccm) Mengen Wasser zur Lösung des Neosalvarsans.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Lösung des Neosalvarsans im Eigenserum, von B. Spiethoff-Jena. (M. Kl., 1914, Nr. 3.) Die kurze Mitteilung von v. Schubert veranlaßt Spiethoff früher, als er beabsichtigt hatte, eine kurze vorläufige Mitteilung über die Verwendung des Neosalvarsans im Eigenserum des Patienten zu machen. Ausführliche Berichte über die klinischen Ergebnisse an einem seit Mitte September beobachteten Krankenmaterial und über die Tierexperimente werden demnächst erscheinen. Spiethoffs Technik ist folgende: Es wird aus der Ellenbogenvene Blut in ein elektrisches Zentrifugenglas von 50 ccm Fassungsvermögen gelassen und dann in dem Glase, in dem sich ein steriler Draht befindet, 3 Minuten zur Defibrinierung geschüttelt, und dann 20 Minuten zentrifugiert. Von dem Serum kommen 10 ccm in ein steriles Erlenmeyersches Kölbchen für 100 ccm; das Neosalvarsanpräparat (bis Dosierung V) wird in den Kolben unter gleichmäßiger Verteilung auf die ganze Flüssigkeitsoberfläche getan und der Kolben verschlossen. Die Lösung erfolgt prompt, doch kann zur Beschleunigung das Glas auf eine weiche Unterlage kurz und schwach öfter aufgestoßen, aber nicht geschüttelt werden. Die Lösung kommt dann in eine Rekordspritze und wird dann intravenös injiziert.

O. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Über ein neues Verfahren der intravenösen Neosalvarsaninjektion, von C. Alexandrescu-Dersca-Bukarest. (M. m. W., 1913, Nr. 29.) Verfasser hat mit der Injektion von Neosalvarsan (Dosen von 0,3—0,6), aufgelöst in nur 1—2 ccm Wasser, sehr befriedigende Erfahrungen bei mehr als 40 Injektionen gehabt. Da man dabei nur eine Luersche Spritze von 2 ccm Inhalt und eine 7 cm lange Platinnadel zur Entnahme des Wassers und zum Anrühren der Lösung, sowie eine 2—3 cm lange Nadel für das Injizieren in die Vene nebst einem Fläschchen Aq. destill. benötigt, hofft Verfasser, daß diese (auch von anderer Seite schon geübte Methode, Ref.) bald größere Verbreitung finden wird.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Gabengröße des Neosalvarsans, von V. L. Neumayer-Kljuc (Bosnien). (M. m. W., 1913, Nr. 48.) Verfasser plädiert für größere Dosen des Mittels, wozu er teils in dem Streben nach dem Ziel der Sterilisatio magna, teils durch die Eigenart seiner Kranken veranlaßt wurde. Die von ihm im allgemeinen geübte Methode besteht in der Verabreichung von 1,2—1,5 g Neosalvarsan (bei schwächlichen Frauen ist die Minimaldosis auf 0,9 vermindert), worauf eine Quecksilberkur sich anschließt und als Abschluß noch ein Fangschuß (Alt) von Salvarsan. Die Kranken werden durch gesetzliche Verfügung fünf Jahre lang in ärztlicher Beobachtung behalten, so daß Verfasser Gelegenheit haben wird, über die Dauerresultate zu berichten. Einige klinische Beobachtungen, welche zugunsten der größeren Dosierung sprechen, sind der Arbeit beigefügt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Neosalvarsan in konzentrierter Lösung, von Joseph Girsdansky-New York. (New York m. J., 20. Juni 1914.) Girsdansky wendet 0,9 Neosalvarsan, in 10 ccm Aqu. dest. gelöst, vermittels der Rekordspritze an, injiziert also die Lösung in der bekannten Weise nach Unterbindung des Oberarms in die Ellenbogenvene und gibt dann noch 5 ccm destillierten Wassers nach, um jede Spur von Salvarsan, die in Berührung mit dem Gewebe kommen könnte, auszuwaschen. In all seinen Fällen — mit etwa 40 solcher Injektionen — trat ausgesprochene Besserung, besonders der Sekundär- und Tertiärerscheinungen, schon mehrere Tage nach der ersten Injektion ein. Anführung dreier Fälle.

M. Stern-München.

Kraniozentese und subarachnoidale zerebrale Neosalvarsaninjektionen, von Sicard. (Soc. méd. des hôp., 19. Dez. 1913.) Sicard injizierte bei einem Paralytiker direkt unter die Arachnoidea des Gehirns kleinste Dosen von Neosalvarsan (0,002—0,003). Diese Injektionen wurden ohne Lokalanästhesie gemacht und vom Patienten gut vertragen. „Sie scheinen den Zustand der Kranken leicht gebessert zu haben."

A. Gunsett-Straßburg.

Intrarachitische Injektionen von Neosalvarsan, von Jeanselme, Vernes und Marcel Bloch. (Bull. méd., 1913, Nr. 99.) Verfasser behandeln Tabiker und Paralytiker durch wöchentliche Injektionen von $^1/_4$—5 mg Neosalvarsan in den Duralsack; sie benutzen eine Lösung von 1 mg auf 1 ccm. Nach der Injektion treten keine bösen Folgeerscheinungen auf als Fieber und bei Tabikern schmerzhafte Krisen. Die Lymphozytose und die Hyperalbuminose des Liquors nehmen rasch ab.

R. Frühwald-Leipzig.

Intrarachitische Neosalvarsaninjektionen, von Lortat-Jakob. (Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Intralumbale Injektionen von 0,003—0,005 Neosalvarsan hatten bei Tabes und Paralyse keinerlei Erfolg. Dagegen sah Verfasser nach der Injektion motorische Störungen, heftige gastrische Krisen und Harnverhaltung. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Technik der endolumbalen Neosalvarsantherapie, von E. von Schubert-Altona. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Zu der von Gennerich geübten Methode der intralumbalen Einverleibung von Neosalvarsan empfiehlt Verfasser eine kleine Modifikation:

Digitized by Google

er entnimmt zunächst 3 ccm Liquor und löst darin 0,045 g Neosalvarsan. Von dieser Lösung werden 0,1—0,2 ccm sofort unter Verwendung des an Ort und Stelle belassenen Punktionsapparates in den Lumbalsack eingeführt, so daß Patient höchstens nur 3 mg injiziert bekommt. Die doppelte Abmessung ist deshalb nötig, weil es nicht möglich ist, vom Neosalvarsan kleinere Mengen als 45 mg mit Sicherheit abzuwägen. Andererseits vermeidet man bei Verwendung von Liquor als Lösungsmittel die Schwierigkeiten der Herstellung einer einwandfreien physiologischen Kochsalzlösung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Todesfall nach Neosalvarsan, von V. L. Neumayer-Kljuc. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Verfasser hatte nach dem von ihm (M. m. W., 1913, Nr. 48) empfohlenen Verfahren einem 25jährigen Bauern nach Vorbehandlung mit Joha und Quecksilber eine intravenöse Injektion von Neosalvarsan, entsprechend 1 g Altsalvarsan, verabreicht. Patient kehrte zu Fuß nach Hause (15 km) unter ziemlich großer Anstrengung zurück und wurde 12 Tage nachher vom Verfasser, der erst spät benachrichtigt worden war, in komatösem Zustand angetroffen. Er starb am folgenden Tage. Verfasser glaubt, daß eine Thrombose der Vene die Todesursache abgegeben haben dürfte. Für diese Annahme sprach der Umstand, daß die zur Injektion benutzte Vene nachher ziemlich verdickt und verhärtet befunden wurde. A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Anwendung der epifaszialen (bzw. intramuskulären) Neosalvarsaninjektionen nach Wechselmann im Kindesalter, von Hans Kern. (B. kl. W., 1914, Nr 43.) Verfasser empfiehlt für die Fälle, in denen intravenöse Injektionen nicht gemacht werden können — vor allem würden also Kinder in Betracht kommen —, die epifasziale Methode nach Wechselmann. Oft scheint allerdings die geplante epifasziale Injektion auch nichts anderes als eine intramuskuläre gewesen zu sein. Bemerkenswert ist die hohe Einengung der Neosalvarsanlösung (100%ige Lösung). Da Kinder entsprechend kleinere Dosen erhalten, so kommt man auf die kleinen Mengen der gesamten Injektionsflüssigkeit von 0,2—0,3 ccm. Unter 88 Gespritzten sollen nur drei Infiltrate, und dazu noch solche ganz unbedeutender Art, gehabt haben. E. Klemm-Leipzig.

Die intraspinale Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems mittels salvarsanhaltigen Serums von abgestufter Konzentration, von H. S. Ogilvie-New York. (J. Am. m. Ass., 28. Nov. 1914.) Bei einer kleinen Reihe von (15) Fällen hat Verfasser einen Versuch gemacht, die Syphilis des Zentralnervensystems durch die subdurale Injektion von Serum, dem ein bestimmtes Quantum von Salvarsan zugesetzt war, zu behandeln, und hat dabei recht befriedigende Resultate erzielt. Das Verfahren ist den Hauptmomenten nach folgendes: 50 ccm Blut werden sofort nach der Entnahme, welche mittels Mac Raescher Vakuumnadel geschieht, zentrifugiert, und von dem Serum werden 15 ccm mit dem zu verabreichenden Quantum Salvarsan versetzt; dasselbe ist dabei wie für eine intravenöse Injektion vorbereitet worden, wobei besonders darauf geachtet wird, daß nicht mehr von der Natriumhydroxydlösung hinzugefügt wird, als nötig ist, um eine ganz schwach alkalische Reaktion hervorzubringen; langsames Zuträufeln des Alkalis ist aber zu vermeiden. Salvarsanlösung und Serum sollen bei der Vermischung von möglichst gleicher Temperatur sein. Die Mischung wird gelinde durchgeschüttelt und dann auf 45 Minuten in den Brutschrank bei 37° C gestellt. Hierauf folgt eine halbstündige Inkubation bei 56° C, worauf alsdann so bald als möglich, jedenfalls noch binnen der ersten drei Stunden injiziert wird. Man läßt erst 15 ccm Zerebrospinalflüssigkeit durch die Punktionsnadel ausfließen und läßt dann das Salvarsanserum bei geringem Druck einfließen. Die Salvarsandosis soll nicht mehr als 1 mg betragen; die besten Resultate wurden bei wiederholter Verabreichung von 0,25—0,5 mg erzielt. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Salvarsan, von J. Janský-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 38.) Die Behandlung betraf vier Fälle. Injiziert wurde intravenös, und zwar anfangs Salvarsan, das in 50 ccm destillierten Wassers gelöst, nach Zusatz der zur Neutralisierung notwendigen Menge von Lauge injiziert wurde, später Neosalvarsan, das in 10—15 ccm destillierten Wassers gelöst war. Die Injektionen wurden sehr gut vertragen; nur ein Fall fieberte einige Tage. Der therapeutische Effekt war gleich Null. Zwei Fälle wiesen Remissionen auf; jedoch trat dieselbe in dem einen Fall nach einer so geringen Dosis auf, daß sie unmöglich durch das Salvarsan bedingt sein konnte, während sie in dem anderen Fall trotz 10 g sehr gering war und nach wenigen Tagen wieder verschwand. Die Wassermannsche Reaktion wurde nie negativ, und auch das Bild des Liquor cerebrospinalis wies keine Besserung auf.

G. Mühlstein-Prag.

Über die Anwendung der Morgenrothschen Kombinationstherapie (Salvarsan, Äthylhydrokuprein und Natrium salicylicum) bei der Syphilis, von Starke-Breslau. (Zschr. f. Chemother., 1914, Bd. 2, H. 2—4.) Eine Kombination von geringen, an sich vollkommen unwirksamen Dosen Salvarsan mit Äthylhydrokuprein und Natrium salicylicum ließ bei der Rekurrensinfektion des Mannes einen gewissen, wenn auch unregelmäßigen und nur vorübergehenden Effekt erkennen. Primäraffekte der Kaninchensyphilis blieben bei einer Kombination mit einer eben nicht mehr wirksamen Dosis Salvarsan in der überwiegenden Anzahl der Fälle nach einer einmaligen intravenösen Behandlung fast unbeeinflußt; kurz nach der Injektion war teilweise eine vorübergehende Verminderung der Spirochäten zu beobachten. Bei der menschlichen Syphilis konnte mit der kombinierten Behandlung bei subkutaner Medikation des Äthylhydrokupreins und Erhöhung der Salvarsandosis von 0,15 auf 0,3 Neosalvarsan ein relativ rasches Schwinden der Spirochäten sowie der sekundären Erscheinungen beobachtet werden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Malleus.

Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie des Malleus, von Eliasz Noniewicz. (Poln. Ärzte Ztg., 1914, Nr. 20.) Anläßlich der tödlichen Infektion des Dozenten Dr. Droba-Krakau mit Rotz macht der Verfasser aufmerksam, daß niemand auch auf der gründlichsten Kenntnis des Bacilles mallei und seiner Krankheitserscheinungen bei Mensch und Pferd beruhen darf. Der geringste Fehler droht mit der Infektion. Im obigen unglücklichen Falle ist der Gelehrte trotz großer Erfahrung infiziert worden bei der Untersuchung eines Knaben, der unter dem Bilde von Masern mit septischen Erscheinungen dem Spitale eingeliefert wurde.

H. Rosmarin-Lemberg.

Bericht über drei Fälle von Rotz, von H. M. M. Woodward und K. B. Clarke-Lewisham. (Lanc., 13. Dez. 1913.) Bei allen drei Fällen war das klinische Bild ein sehr rätselhaftes, und bei dem einen, einen 14jährigen Burschen betreffend, wurde die Diagnose trotz wiederholter bakteriologischer Untersuchungen intra vitam erst aus dem bei der Autopsie am Cerebellum gefundenen Eiter, welcher Rotzbazillen aufwies, gestellt. In dem ersten der berichteten Fälle konnte der B. mallei aus dem Urin kulturell gewonnen werden, nachdem die Blutuntersuchung ein negatives Ergebnis geliefert hatte, und bei dem dritten Fall lieferte der Inhalt eines Abszesses am Bein die endgültigen Beweismomente. Verfasser glauben, daß viele Fälle von Rotz fälschlich als Pyämie und Septikämie geführt worden sind und noch werden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Die Ekzemtypen und die Behandlungsarten, von Pautrier. (Monde méd., 1914, S. 161.) Das Bläschen ist immer die Elementarläsion des Ekzems. Aber man kann drei Formen Ekzem unterscheiden, je nachdem das Bläschen auf einer gesunden oder höchstens wenig geröteten Haut aufschießt (Ekzema vulgare oder amorphum), oder wenn es auf der Spitze eines kleinen urtikariellen Knötchens erscheint (Ekz. papulovesiculosum) oder wenn es zu einer Dermatose hinzutritt, welche sich von vornherein durch eine gelbrote Färbung und leichte Abschuppung charakterisiert (seborrhoisches Ekzem Unnas, Seborrhoid bei Brocq und Audry, neuerdings aber von Brocq Parakeratosis psoriasiforme genannt). Zu diesen klinischen Unterschieden kommen einige ätiologische und vor allem therapeutische Unterschiede. Das Ekzema amorphum schließt alle Gewerbe- und sonstigen artefiziell (chemisch, physikalisch, traumatisch) erregten Ekzeme ein und einen Teil der aus inneren Ursachen entstandenen. Das E. papulovesiculosum bildet konstant rote, nässende und infiltrierte Scheiben, welche die papulovesikulöse Eruption überdauern. Diese Krankheit bildet Nachschübe und juckt heftiger als die erste Form. Ätiologisch ist sie nie von äußeren Ursachen bedingt, sondern von Autointoxikation, alimentären Intoxikationen, von Überanstrengung, Nervenchok — und Undurchgängigkeit der Nieren (imperméabilité rénale!). Die dritte Form, wenn sie zunächst trocken ist, ist der Psoriasis ähnlich, wird aber durch die Ergebnisse des bekannten Kratzversuches getrennt. Sie kann als trockene Form weiter bestehen. In anderen Fällen ist sie entzündlicher und mehr exsudativ und wird dadurch zu einem wahren Ekzem. Klinisch ist dieser Form noch eigen: die Prädilektion für die großen Hautfalten (After, Achsel, retroaurikuläre und submamäre Gegend) und die Bildung scharf umschriebener Plaques längs dieser Falten. Ätiologisch weis Verfasser hierfür nichts anzuführen. Therapeutisch legt Verfasser bei den ersten Formen den größten Wert auf hygienische und diätetische Behandlung, wenn sich in der Anamnese und nach dem Zustand der inneren Organe irgend ein Fingerzeig ergibt. Nahrungsmittel, die nicht ganz frisch sind oder welche leicht Gärung im Darm erzeugen, solche, welche die Nerven stimulieren, sind zu verbieten. Darmentleerung, Diurese, gichtische Veranlagung, Status lymphaticus oder strumosus sind zu beachten. Die äußere Behandlung der Brocqschen Schule bevorzugt im Initialstadium halbfeuchte Verbände mit schwachen Kamillen-Malvenabkochungen: erst eine Kompresse, angefeuchtet, ausgedrückt, dann eine Lage nichthydrophiler Watte, dann wasserdichter Stoff. Man vermeidet so die Mazeration. Bei universeller Ausbreitung hat das Puderbad die besten Erfolge: mit 5—6 kg Talkum in einem Laken. Beginnende Krustenbildung erheischt dabei früh und abends eine Waschung. Im zweiten, nässenden Stadium ist die Pastabehandlung am Platze. Wenn Bläschenbildung und Nässen aufgehört haben, kommt ein schwacher Ichthyol- oder Tumenolzusatz, zuletzt bei Verdickung und Rauhigkeit der Haut Teer an die Reihe. Der rohe Kohlenteer, welcher auf die gereinigte Haut gepinselt und nach einigen Stunden Wartens trocken gepudert wird und so einen 3—4 Tage haltenden Firnis bildet, kann schon im früheren Stadium angewandt werden. Bei der ersten Form spielt die äußere, bei der zweiten Form die innere Behandlung die Hauptrolle. Hierbei wird noch auf den gesteigerten Blutdruck hingewiesen, der sich öfter findet, wobei vor Jod gewarnt wird. Das heftige Jucken erheischt bei nervösen Patienten der Großstadt Wechsel des Milieus. Die kongestive oder urtikarielle Komponente bei dem vesikulopapulösen Ekzem wird manchmal mit Chinin oder Extr. Hamamelis gebessert. Letzteres kann man auch den Zinkpasten zusetzen, ebenso Adrenalin oder Ergotin. Die externe Behandlung des seborrhoischen Ekzems (dritte Form) erfordert

Digitized by Google

von vornherein die schwachen Reduktionsmittel, wie Ichthyol- oder Tumenolpasten. Die erweichenden Mittel oder einfachen Zinkpasten verschlimmern das Übel. Teer, Hydrarg. oxydat. flav. und Argentumpinselungen sind ferner beizeiten zu versuchen.

J. Werther-Dresden.

Das Bläschenekzem, von Lutembacher-Paris. (Monde méd., 5. Juni 1914.) Die Elementarläsion des Ekzems ist das Ekzembläschen; wenn dasselbe nicht immer makroskopisch nachweisbar ist, so läßt es sich noch experimentell produzieren. Bei krustösem Ekzem legt man die nässende Basis frei und bedeckt sie mit einer Kompresse. Unter ihr wird man sehr bald nässende Punkte finden, welche den ihrer Epidermisdecke beraubten Vesikeln entsprechen. Bei trockenem Ekzem benutzt man eine Kürette. Hierbei bedeckt man vorteilhaft die Stelle mit einem Stück Zigarettenpapier, und dieses komprimiert man mit einem Stück Glas. Unter ihm bemerkt man sehr bald das Auftreten kleiner seröser Flecke, welche frei von hämorrhagischer Beimischung sind. Die histologischen Untersuchungen lassen drei Entwicklungsstadien erkennen. Das erste besteht in der herdförmigen Anhäufung interstitieller Serummengen, welche die Epidermiszellen auseinanderdrängen und komprimieren. Die Konfluenz zu einem größeren Raume bildet das zweite und die Eröffnung des Bläschens nach außen das dritte.

H. Vörner-Leipzig.

Ein Beitrag zur Frage des akuten Ekzems mit psychischer Ätiologie, von W. Heise-Landsberg a. W. (Neurolog. Zbl., 1914, Bd. 33, H. 8.) Jeder kasuistische Beitrag, der dazu dienen kann, die Frage zu klären, ob es selbständige akute Ekzeme auf nervöser Grundlage gibt, muß bei der großen Differenz der Ansichten dankbar begrüßt werden. Aus diesem Gesichtspunkt heraus veröffentlicht Heise folgenden Fall: Eine 23jährige, kräftige, gesunde, nach keiner Richtung hin hereditär belastete Pflegerin, die außer leichter Dermographie und leichtem Erröten, keinerlei nervöse Erscheinungen zeigt, wird von drei Geisteskranken plötzlich hinterrücks überfallen; nachdem sie sich von dem ersten Chok erholt, wird sie Herrin über die drei Kranken und hatte abgesehen von einer kleinen Hautschrunde am Finger der linken Hand anscheinend keinerlei Verletzungen. Nach fünfstündigem ruhigem Schlaf erwachte sie mit starkem Brennen im Gesicht, das auch gerötet und geschwollen war und wenige Stunden später bereits das Bild eines klassischen Ekzems mit kleinen Epidermisbläschen mit hellem, dünnflüssigem Inhalt darbot. Das Ekzem steigerte sich in den nächsten Tagen so stark, daß der Mund infolge der schmerzhaften Spannung kaum geöffnet werden konnte, und dehnte sich über die rechte Schulter, beide Vorderarme, das Abdomen und die Innenfläche beider Oberschenkel aus. Am dritten Tage hatte die Erkrankung den Höhepunkt erreicht und bildete sich in den nächsten Tagen so zurück, daß am zehnten Tage die letzten Borken vom Gesicht verschwanden. Es kommt als ursächliches Moment in diesem Falle wohl nur die Wirkung des psychischen Traumas, d. h. der Schrecken über den Überfall, in Betracht.

O. Lasch-Breslau.

Ekzem und innere Erkrankungen, von Matthias Hirschberg. (Petersb. m. Zschr., 1913, Nr. 21.) Zeigt in allgemeiner Besprechung, wie Ekzeme mit inneren Leiden zusammenhängen oder mit ihnen alternieren können. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Über Ekzem und Neurodermitis im Kindesalter, von Anton Lehnert. (B. kl. W., 1914, Nr. 44.) Verfasser bespricht die Entwicklung des Begriffs der Neurodermitis circumscripta chronica in der Literatur und ihr Verhältnis zum Ekzem und Lichen. Während die in der Literatur verzeichneten Fälle fast ausschließlich Erwachsene betreffen, stellte Verfasser am Material der Frankfurter Hautklinik fest, daß die Affektion auch bei Kindern oft vorkommt. Bei der diffusen generalisierten Neurodermitis der

Digitized by Google

Kinder scheint ätiologisch der Skrofulose eine gewisse Bedeutung zuzukommen. Gegenüber anderer Seite sind mit Teerbehandlung gute Erfahrungen gemacht worden. Besonders wird das Präparat Karboneol empfohlen. E. Klemm-Leipzig.

Zur Behandlung des Formalinekzems, von O. Thilo-Riga. (M. m. W., 1913, Nr. 51.) Als Orthopäde hat Verfasser vielfach Gelegenheit, mit Präparaten, welche in 2—3%iger Formalinlösung aufbewahrt waren, zu hantieren und akquirierte nach achtjährigem Fernbleiben von allen Störungen ein stark juckendes und gegen verschiedentliche Behandlung refraktäres Ekzem der Hände, das erst nach zweimonatiger Behandlung abheilte. Als späterhin Rückfälle eintraten, half sich Th., indem er abends die rauhen Stellen und auch die kleinen Bläschen mit feinem Schmirgelpapier (Nr. 00) einige Sekunden rieb, die wunden Stellen mit Verbandmull bedeckte und Tag und Nacht baumwollene Handschuhe trug. Alles Waschen unterblieb, und in einigen Tagen waren die Hände geheilt. A. Philippi-Salzschlirf.

Einige Bemerkungen über Prophylaxe und Behandlung des Ekzems, von W. Allan Jamieson. (Edinburgh J., November 1913.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung des akuten Ekzems, von Gougerot. (Riforma m., 1913, Nr. 46.) In Anbetracht, daß das Ekzem eine allgemeine Intoxikation darstellt, empfiehlt Verfasser neben der lokalen auch eine allgemeine Kur anzuwenden und dabei auf die mehr oder minder latenten dyspeptischen Störungen Rücksicht zu nehmen. Die verschiedenen Rezeptformeln hier wiederzugeben würde zu weit führen; sie können im Original nachgelesen werden. E. Rossen-Wiesbaden.

Die Behandlung des Kinderekzems, von Max Joseph-Berlin. (Zbl. f. Kindhlk., 1913, Nr. 7.) Es führt die bei den Pädiatern meist allein angewendete allgemeine Therapie des Kinderekzems häufig nicht zum Ziele. Die spezielle örtliche Behandlung ist von mindestens der gleichen Wichtigkeit. Vorschläge zu einer rationellen Therapie. O. Valentiner-Leipzig.

Kinderekzem, von Benjamin F. Ochs-New York. (M. Record, 22. Nov. 1913.) Verfasser glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, daß die Kinder, die an einem Ekzem leiden, zu denen gehören, die nicht erbrechen, was im allgemeinen bei Kindern sehr häufig ist: Dieses Fehlen des häufigen Erbrechens führt nach Verfasser zu einer Autotoxämie. Aus diesem Grunde pflegt Verfasser schon seit längerer Zeit ekzemkranke Kinder auf eine in der Menge außerordentlich beschränkte Diät zu setzen und wiederholte kleine Dosen Kalomel zu geben. Damit pflegen die meisten Fälle innerhalb einer Woche zu heilen. W. Lehmann-Stettin.

Ferrum sesquichloratum in der Therapie des subakuten und chronischen nässenden Ekzems, von J. Csillag-Budapest. (Bör-ès Bujakórtan, Beilage der Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 3.) Nach dem Betupfen stellte sich in jedem einzelnen Falle intensives brennendes Gefühl ein, das aber bei Anwendung eines Puderverbandes rasch aufgehört hat. Das Jucken hörte sofort entweder gänzlich auf oder gab wenigstens wesentlich nach; das Nässen verschwand sofort nach dem Tamponieren der nässenden Punkte mit Ferrosesquichlorat, so daß der Verband trocken von den kranken Teilen entfernt werden konnte. Aber vollkommene Heilung oder allmähliche Besserung stellte sich nicht in jedem Falle ein. Bei einzelnen bildete sich auf dem Unterschenkel eine zähe Schicht, die bald eintrocknete und beim Gehen Risse auf der Haut hervorrief. Bei liegenden oder sich wenig bewegenden Patienten kann man auch in solchen Fällen mit der in Rede stehenden Behandlung einen guten Erfolg erzielen. Bei anderen entstanden in der Nachbarschaft der schon mit Epithel bedeckten Läsionen neuere. Bei einem großen Teil der Fälle hörte das hartnäckige Nässen auf, und so ist das Leiden

Digitized by Google

geeignet für Anwendung solcher Mittel, die erst nach Aufhören des Nässens angewendet werden können. Verfasser sah in keinem Falle eine reizende oder schädliche Wirkung auf die Haut. M. Porosz-Budapest.

Die Anwendung des Kadogels in der Therapie des Ekzems, von J. Bulyoloszky und B. Mattyasovszky-Mezöhegyes. (Bör-ès Bujakórtan, Beilage der Budapesti Orvosi Ujsag, 1913, Nr. 4.) Das Kadogel hat sich in erster Reihe bei stark juckendem Ekzem gut bewährt; nach 2—4 Stunden ist das Jucken verschwunden. Bei dem ersten Verbandswechsel klagen die Patienten nicht mehr darüber, nur in sechs Fällen beobachteten die Verfasser, daß es einen Tag länger dauerte. In diesen Fällen war es nach dem zweiten Verbandswechsel gänzlich ohne Rezidiv verschwunden. Schon einen Tag später hörte das Nässen auf, und die Verfasser fanden statt dessen einen Schorf. Kadogel ist auf die Regeneration des Epithels von sehr guter Wirkung und fördert die normale Verhornung der Epidermis; die Verfasser benutzten es in 33 %iger Lösung und stiegen langsam bis 66 %. Reines Kadogel benutzten sie nur ein einziges Mal. Auch in diesem Falle führte es zum Erfolg. Es wird beinahe jedem Falle genügend dick auf die Hautfläche aufgetragen und darauf 1—2 Schichten sterile Gaze gelegt. Den Verband wechselten die Verfasser einmal täglich. In allen 40 Fällen entfaltete es eine rasche und energische Wirkung, ohne jede schädliche und reizende Nebenerscheinungen.
M. Porosz-Budapest.

Steinkohlenteer in der Ekzembehandlung, von A. F. Plique. (Bull. méd., 1914, Nr. 51.) Verfasser weist auf die guten Eigenschaften des teilweise in Vergessenheit geratenen Steinkohlenteers hin, der sich namentlich beim Ekzem bewährt. Vor der Applikation muß das erkrankte Gebiet sorgfältigst gesäubert und desinfiziert werden; dann trägt man das Mittel mit einem Pinsel dick auf, läßt es eintrocknen und pudert ein. Die Applikation darf nur auf die kranke Partie beschränkt sein. Zuerst entsteht ein Brennen, das aber bald nachläßt. Zunächst verschwindet das Jucken, allmählich verschwindet die Kongestion, und nach 3—5 Applikationen ist das Ekzem meist geheilt. Treten Blasen auf, ist die Anwendung des Medikaments zeitweise zu unterbrechen. Steinkohlenteer hat sein Anwendungsgebiet bei umschriebenen, chronischen, nicht stark kongestionierten Ekzemen und bei nässenden Ekzemen der Beine. Kontraindiziert ist er bei sehr ausgebreiteter Erkrankung, da man nie mehr als $^1/_8$ der Körperoberfläche mit ihm bedecken soll. Bei Greisen und kleinen Kindern wird das Mittel besser auch nicht verwendet. R. Frühwald-Leipzig.

Eine neue Behandlung des akuten Ekzems, von F. Šamberger-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 9.) Zweckmäßiger als die Einführung neuer Medikamente ist die Vervollkommnung der Applikationsweise der bekannten zahllosen Mittel. Der Verfasser verordnet beim nässenden Ekzem eine 1 %ige wässerige Resorzinlösung in Form von Waschungen oder Bädern. Die Lösung muß so warm sein, als sie vertragen werden kann. Die kranke Partie wird mit einem in die Lösung getauchten Leinwandlappen beklatscht, nicht gewischt, der immer wieder in die heiße Lösung getaucht wird. Hierauf wird ein trockener, luftiger Verband angelegt (2—3 Schichten Hydrophilgaze, die mit einer Hydrophilbinde leicht fixiert werden). Nach 2—3 Tagen ist die Haut trocken. Hierauf wird die Haut mit Unnas Zinkpasta dünn bedeckt, nur einmal bei Tag und nicht auf die Nacht. Verband unnötig oder nur mit Hydrophil bedecken, damit Hyperämie vermieden wird. Kein Puder. Sobald die Haut beruhigt ist (10 Tage) wird mit warmem destilliertem Wasser und überfetteter Seife (Nivea, Paruasia „Medica") gewaschen. Nach dem Bad läßt man die Haut mehrere Stunden trocknen und legt wieder die Pasta auf. Bei impetiginösem Ekzem nimmt S. die Unnasche Zinkschwefelpasta.
G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Die Röntgenbehandlung des Ekzems, von Hans Ritter-Hamburg. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 2.) Verfasser, der sich bereits durch mehrere für den Praktiker äußerst wertvolle Arbeiten aus dem Gebiet der Röntgentherapie bekannt gemacht hat, gibt in der vorliegenden, fleißigen Studie einen erschöpfenden Überblick über den heutigen Stand der Ekzemtherapie mit Röntgenstrahlen. Zugrunde gelegt sind dabei vorwiegend die Erfahrungen, die er in dem Kieler Institut für Strahlentherapie unter Hans Meyer und im Krankenhause St. Georg in Hamburg gewonnen.

Im ersten Teile behandelt Ritter die allgemeine Wirkungsweise der Röntgenstrahlen bei Ekzem, er hebt dabei namentlich die juckstillende Eigenschaft hervor, die es zuwege bringt, daß oft das Jucken bereits vor Abheilung des Ekzems verschwunden ist. So kommt es auch, daß die Röntgenbestrahlungen gut bei den symptomatischen Ekzemen herangezogen werden können (bei Diabetes, exsudativer Diathese, Anämie usw.). Allerdings gibt es zweifellos Fälle von chronischem Ekzem, die sich gegen Röntgenstrahlen refraktär erweisen, namentlich bei lymphatischen und anämischen Individuen. Hier erlebt man es aber oft, daß nach der Strahlenbehandlung die vorher unwirksame Salbentherapie plötzlich einschlägt und das Ekzem abheilt, so daß die Röntgenstrahlen auch hier, wenngleich nur indirekten Nutzen stiften. Die günstige Beeinflussung der Ekzeme durch die X-Strahlen hat nach Verfasser ihren Grund in der Einwirkung auf das Epithel. Veränderungen im Epithel in Gestalt von Akanthose und Parakeratose gehören zum Wesen des Ekzems, die Zellen befinden sich in lebhafter Proliferation. Da wir wissen, daß das Gewebe für die Strahlen um so sensibler ist, je mehr es sich in Tätigkeit befindet, so erscheint diese Erklärung der Wirkungsweise der Röntgenstrahlen beim Ekzem sehr einleuchtend. Was die Nebenwirkungen der Röntgenstrahlen anlangt, so kommen hier hauptsächlich lokale Nebenerscheinungen von nicht allzugroßer Bedeutung vor. Es sind dies die Pigmentationen. Verfasser empfiehlt, die Umgebung bei der Ekzembestrahlung nicht abzudecken, weil man so ein allmähliches Übergehen der Pigmentation in die normale Haut erzielt. Übergehend zur Technik warnt Verfasser nachdrücklich davor, die Bestrahlung bis zum Eintritt auch nur eines Erythems zu treiben. Er gibt bei jeder Ekzemform 3 x in Abständen von 10 Tagen. Dreimal 3 x bilden einen Bestrahlungszyklus. Hierauf tritt eine Pause von 3 Wochen ein, alsdann kann der Zyklus von neuem beginnen. Benutzt werden harte Röhren vom Typ B. W. 6 = 10 — 12 Wehnelt. Bei nicht prompt reagierenden Ekzemen und solchen mit starker Hyperkeratose wird zweckmässig ein 0,5 mm dickes Aluminiumfilter dazwischen geschaltet und die Einzeldosis auf 4 x Sabouraud erhöht. Sogenannte prophylaktische Zwischenbestrahlungen lehnt Ritter strikte ab, da die Röntgenstrahlen bei der normalen Haut keinen Angriffspunkt finden. (Ich habe aber gefunden, daß nach einer nochmaligen Bestrahlung, selbst wenn nach Beendigung des ersten Zyklus und nach Ablauf der 3 Wochen das Ekzem völlig geheilt erscheint, Rezidive weniger leicht auftreten, als wenn diese Bestrahlung unterbleibt. Es mag sein, daß doch manchmal noch pathologische Zustände in der Haut schlummern, die grobsinnlich nicht wahrnehmbar sind. Wenn ich nicht irre, befinde ich mich hierin im Einklang mit Wetterer. D. Ref.) Gleichzeitige Behandlung der Ekzeme mit Salben ist bei der Röntgentherapie nicht nur überflüssig, sondern direkt gefährlich. Jedes Medikament bewirkt eine mehr oder weniger starke Reizung der Haut, und es ist nicht erwünscht, daß man diese noch dem Röntgenstrahleneffekt zufügt. Was erlaubt ist, ist eine medikamentöse Vorbehandlung mit 5—8 %iger Salizylvaseline bei tylotischen und hyperkeratotischen Ekzemen. Hinsichtlich der Rezidive ist zu sagen, daß diese nach der Strahlenbehandlung ebenfalls nicht ausbleiben. Es empfiehlt sich, da auch die Röntgenstrahlen zuweilen bei den Rezidiven weniger günstig wirken, alsdann wieder einmal zur

Digitized by Google

Salbentherapie zurückzukehren, zumal die Haut überhaupt nur ein bestimmtes Quantum von Röntgenstrahlen verträgt, so daß es nicht angängig ist, usque ad infinitum zu bestrahlen. Im zweiten Teile wendet sich Verfasser der Besprechung der einzelnen Formen des Ekzems zu und warnt vor der Röntgenbehandlung des akuten Ekzems, weil die Haut da außerordentlich empfindlich ist. Die klassische Domäne der Röntgentherapie ist das chronische, tylotische Handekzem. Ferner das Gewerbeekzem, das meist auch auf der Hand lokalisiert ist. Das dyshidrotische Ekzem der Hand und Fußsohlen reagiert leidlich auf Röntgenstrahlen, ein dankbares Gebiet ist dagegen wieder das Nagelekzem. Auch auf universelle Ekzeme wirken die Strahlen gut ein, haben sie seborrhoischen Charakter, wo sie sich entweder in schuppender, borkiger oder nässender Form zeigen, so sind die Strahlen namentlich bei der letzteren von guter Wirkung, bei den leicht schuppenden hat Verfasser öfter Mißerfolge erlebt. Das seborrhoische Kopfekzem scheint sich auch nicht recht zu eignen, jedenfalls ist große Vorsicht am Platze (2 mal statt 3 mal), weil die Haarpapillen des seborrhoischen Kopfes besonders empfindlich sind. Sehr günstig zu beeinflussen sind die Ekzeme besonders an der Oberlippe, die Übergänge zur Sycosis coccogenes darbieten, ebenso die oft hartnäckigen Ekzeme am Ohr. Intertriginöse und Säuglingsekzeme sind nicht in den Bereich der Röntgentherapie zu ziehen, dagegen spielt die Strahlentherapie wieder bei der Behandlung des perianalen und perivulvären Ekzems eine große Rolle. Wichtig ist dabei die Abdeckung namentlich der Testikel. Am besten bestrahlt man in Rückenlage mit Beinhaltern. Triumphe endlich feiert die Röntgentherapie bei der als Neurodermie bezeichneten Form des chronischen Ekzems, das manchmal jahrelang besteht, mit quälendem Jucken einhergeht und der Salbenbehandlung großen Widerstand entgegensetzt. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis bildet den Schluß der klaren und übersichtlichen Arbeit, deren Studium jedem, der sich mit Röntgentherapie beschäftigt, warm empfohlen werden kann.

H. Rausch-Darmstadt.

Die Röntgenbestrahlung des Ekzems, von M. K. Fisher-Philadelphia. (M. Record, 30. August 1913.) Aus einer großen Beobachtungsreihe berichtet Verfasser in aller Kürze 6 Fälle. Er hat stets sehr gute Erfolge gesehen und empfiehlt die Röntgenbestrahlung, wobei er Wert darauf legt, daß mit möglichst weichen Röhren und mit häufig wiederholten, ganz geringen Dosen gearbeitet wird. Die Dosen sind nur in chronischen Fällen etwas zu verstärken. Im allgemeinen komme man ohne jede Reaktion zum Ziel. Er verschweigt dabei nicht, daß in einer großen Zahl der Fälle Rezidive eintraten; daß die Röntgenstrahlen also ebenso wie andere Maßnahmen keine ätiologische Therapie darstellen.

W. Lehmann-Stettin.

Die Röntgenbehandlung des chronischen Ekzems, von Thedering-Oldenburg. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 2.) Verfasser hält ebenfalls die Einführung der Röntgenstrahlen in die Therapie des chronischen Ekzems für einen freudig zu begrüßenden Fortschritt wegen der oft eklatanten Überlegenheit über die Salbenbehandlung. Zur Vorbehandlung empfiehlt Thedering Verbände mit Hebrasalbe und Seifenwaschungen. Während der Bestrahlungskur sind differente Salben streng zu meiden, am meisten geeignet erscheint auch hier wieder das Ungt. Hebrae. Etwaige Röntgenreaktion soll mit 2 %igem Liq. Alum. acet. unter strikter Vermeidung von Seife und Wasser behandelt werden. Während der Bestrahlungskur soll das Reaktionsniveau der Haut auf einer gewissen mittleren Höhe dauernd und gleichmäßig erhalten bleiben, was am besten durch gleichmäßige Verteilung exakt abgemessener Dosen mit Innehaltung bestimmter Bestrahlungsintervalle gelingt. Verfasser beklagt dabei den Mangel eines biologischen Meßverfahrens, um den Grad der in der Haut bereits vorhandenen Röntgenwirkung exakt bestimmen zu können. Seiner Ansicht nach wird die von der Haut aufgenommene

Digitized by Google

Röntgenenergie in den Zellen in erhöhte biologische Tätigkeit umgesetzt, wodurch eine gesteigerte Wärmeproduktion entsteht. Er stellt in Aussicht, durch ein thermoelektrisches Verfahren aus dem Grade der Temperaturerhöhung der Haut nach X-Bestrahlung einen Maßstab für den Grad der erzielten Reaktion gewinnen zu können. Seine Versuche nach dieser Richtung, auf die man mit Recht gespannt sein darf, sollen demnächst veröffentlicht werden. Verfasser schildert dann kurz seine Methode, deren Wert an 50 Krankengeschichten veranschaulicht wird. Mit 2 Thesen, wonach 1. bei chronischem Ekzem mit relativ oberflächlicher Infiltration die Röntgenbehandlung die Methode der Wahl ist und 2. bei inveterierten Fällen, die vielfach mit Salben erfolglos behandelt wurden, die Röntgentherapie absolut indiziert ist, schließt Verfasser seine, namentlich durch die beigefügten Krankengeschichten interessante und instruktive Arbeit.

H. Rausch-Darmstadt.

Röntgenstrahlen bei Ekzem der Hände. Vorläufiger Bericht über die Behandlung chronischer, rezidivierender und hartnäckiger Fälle, von Fred Wise-New York. (New York m. J., 3. Jan. 1914.) Wie schon der Titel der Abhandlung besagt, möchte Wise vor allem die Aufmerksamkeit auf jene hartnäckigen, immer wiederkehrenden und allen therapeutischen Mitteln trotzenden Fälle von Ekzem lenken, die sich meist auf dem Handrücken lokalisieren, wenn sich auch zuweilen auf der Innenfläche der Hände, Vorderarmen, Füßen und anderen Körperstellen ähnliche Herde finden. Wise gelang es in solchen Fällen, mit Anwendung der Röntgenstrahlen dauernde, schon (1—4) Jahre anhaltende Heilung zu erzielen. Die Zahl der Sitzungen betrug 3—18 in Zwischenräumen von 5—8 Tagen, es wurde eine weiche „Riffard-"Röhre mit 2,5—3,5 Ampère und keine andere äußere oder innere Behandlungsart angewendet. Die rasche Besserung, zuweilen schon nach einer Sitzung, und sofortige Behebung des Juckgefühls unter der Röntgenbehandlung stehen in starkem Kontrast zur Fruchtlosigkeit der anderen therapeutischen Maßnahmen. M. Stern-München.

Behandlung der Gesichtsakne mittels der biokinetischen Methode, von Jourdanet. (Lyon méd., 1913, Nr. 50.) Die 26jährige Patientin wurde durch 10 Jahre wegen einer äußerst entstellenden Gesichtsakne umsonst mit den verschiedensten Mitteln behandelt. Verfasser konnte durch die biokinetische Methode eine bedeutende Besserung erzielen. Diese bestand in Regelung der Nahrungshygiene, Massage der Gesichtshaut und Gymnastik der Gesichtsmuskeln. R. Frühwald-Leipzig.

Zwei mit Röntgenstrahlen behandelte und völlig geheilte Fälle von Hyperkeratose, von G. Scaduto-Palermo. (La Radiologia m., 1914, Nr. 4.) In einem Falle war der linke Handteller und die rechte Fußsohle befallen; im anderen war das Leiden auf beiden Handtellern und Fußsohlen lokalisiert. Alle übrigen Behandlungsmethoden hatten sich erfolglos erwiesen; die Röntgenbestrahlung führte in beiden Fällen zur völligen Heilung. K. Rühl-Turin.

Pityriasis rosea Gibert mit gleichzeitiger Entstellung der Finger (Echobrachydaktylie), von Marta Erlichówna. (Gazeta lekarska, 1914, Nr. 10.) Der Fall war insofern interessant, als die Diagnose zwischen Psoriasis und Roseola syphilitica schwankte, außerdem aber dadurch, weil bei diesem Kinde nebenbei eine seltene Entstellung der Finger gefunden wurde. H. Rosmarin-Lemberg.

Dermatitis exfoliativa bei einem Geisteskranken; tödliches Ende, von Robert M. Alexander-Wernersville. (New York m. J., 2. Mai 1914.) Bei dem 39jährigen Patienten (aus Russisch-Polen) trat eine leicht schuppende Eruption zuerst an Brust und Rücken auf, um allmählich beinahe den ganzen Körper zu befallen. Der Urin war um diese Zeit reich an Eiweiß und Granularzylindern. Am behaarten Kopfe, Handtellern und Fußsohlen war der Abschuppungsprozeß kleienartiger Natur. Am sechsten

Digitized by Google

Tag wurden Conjunktivae und Nasenschleimhaut befallen. Unter Behandlung (mit Bismuthum subgallicum, Glyzerin und gesättigter Borlösung) besserte sich das Hautleiden, aber Patient starb am 14. Tage der Krankheit an akuter Nephritis. M. Stern-München.

Hat der Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? von Ernst Wodak. (Prag. m. Wochschr., 1914, Nr. 5.) Verfasser hat bei einem Kinde, das nachgewiesenermaßen zeitlebens nie den Schnuller gebraucht hatte, Glossitis exfoliativa beobachtet. Deshalb kann die Behauptung nicht aufrecht erhalten werden, nur Schnuller rufe Glossitis exfoliativa hervor. G. Heymann-Elbing.

Zur Ätiologie der Psoriasis, von Jarisch-Graudenz. (D. m. W., 1914, Nr. 19.) Verfasser ist es gelungen, sechs Fälle von Psoriasis durch Injektionen von Opsonogen zur Heilung zu bringen, ferner einen Fall von nässendem Ekzem des Gesichts und einen weiteren Fall von Ekzema marginatum. Bei drei Fällen von Psoriasis konnte er keinen Erfolg konstatieren. Er glaubt damit die Ansicht Menzers stützen zu können, daß die Psoriasis ein Hautsymptom konstitutionell-bakterieller Erkrankung ist.

B. Junghanns-Dresden.

Symptome, Diagnose und Therapie der Psoriasis, von Gougerot-Paris. (Bolletino d. Clin., November 1913.) Die aus dem Progrès médical, 1913, Nr. 23, übersetzte Arbeit bringt nichts Neues, und die Aufführung verschiedener Rezeptformeln eignet sich nicht für ein Referat. E. Rossen-Wiesbaden.

Weitere Beiträge zur Cholinwirkung. (Wirkung auf Psoriasis), von Hans Ritter und Tamm-Hamburg. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Ausgehend von der Tatsache, daß das Cholin resp. dessen weniger giftiges Ersatzpräparat Enzytol bei intravenöser Einverleibung auf die Haut eine Wirkung im Sinne einer chemischen Strahlenimitation entfaltet, machten die Verfasser an zehn Psoriasiskranken Versuche. In allen Fällen war eine Wirkung der Enzytolinjektion auf das psoriatische Gewebe vorhanden. Nach 4—6 Infusionen hörte die Schuppenbildung auf, die Psoriasisplaques wurden flacher und blaßten ab. Alsdann trat jedoch ein Stillstand ein, der trotz weiterer Enzytolapplikation zunächst nicht überwunden werden konnte, nur in einem Falle gelang völlige Heilung allein mit Enzytol. Hier wurde allerdings auch die größte Menge: 102 ccm Enzytol einverleibt. Die Verfasser zweifeln nicht, daß auch in allen übrigen Fällen durch das Enzytol sich hätte Heilung erzielen lassen, wenn die Patienten größere Mengen des Mittels vertragen hätten. Dies war jedoch nicht der Fall. Wegen der nicht unbedeutenden Nebenwirkungen (Hitzegefühl, bedrohliche Kollapszustände usw.) ist die Enzytolbehandlung der Psoriasis für die Praxis nicht zu empfehlen. Auch der deletäre Einfluß des Enzytols auf die Spermatogenese, der an drei daraufhin Untersuchten nachgewiesen wurde, schließt das Enzytol bei der Bekämpfung der Psoriasis aus. H. Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Berichtigung. In dem Referate über die Arbeit von R. Peters: Die Bedeutung des Mergals für die moderne Syphilistherapie (dieser Band, S. 142, Zeile 24 von oben) soll es statt „W. kl. W." „W. kl. Rundschau" heißen.

Unser Mitarbeiter am Referatenteile Dr. Otto Valentiner, Assistent der dermatologischen Klinik in Leipzig, ist als Oberarzt d. L. bei Tenbrielen (vor Ypern) am 29. Januar gefallen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. März 1915 | Nr. 11 | Band 60

Über das Verhalten des Salvarsans zu Silbereiweißpräparaten und die kombinierte Behandlung mit beiden Medikamenten.

Von

J. Schumacher, Berlin.

Gelegentlich des Studiums des Verhaltens des Salvarsans zu Quecksilbereiweißlösungen, wie solche Verhältnisse praktisch bei einer kombinierten Kur vorkommen, interessierte es mich festzustellen, ob es nicht möglich wäre, speziell bei Gold- und Silbereiweißverbindungen die betreffenden Metalle kolloidal durch Salvarsan abzuscheiden und ob dies schon bei geringen Mengen, wie sie therapeutisch höchstens in Betracht kommen, gelingt.

In der Tat kann man mit unglaublichen Verdünnungen speziell aus Silbereiweißverbindungen das Metall kolloidal durch Salvarsan bei Anwesenheit einer Spur Alkali abscheiden. Durch diese Beobachtung ist man zu einer äußerst empfindlichen qualitativen und quantitativen Reaktion des unveränderten Salvarsans gelangt.

Schon Tryb [1]) beobachtete, daß Salvarsan imstande ist, Sublimat, Goldchlorid, Argentum nitricum und Osmiumsäure zu reduzieren unter Abscheidung der betreffenden Metallniederschläge.

Beispielsweise geben 0,01 mg Salvarsan in 1 ccm mit 2 mg einer Silbereiweißverbindung noch eine teebraune Farbe, ein millionstel Gramm Salvarsan läßt sich noch quantitativ kolorimetrisch bestimmen.

Mit dieser Reaktion läßt sich sehr gut die Zeit bestimmen, wie dies Abelin [2]) mit der von ihm angegebenen Reaktion bereits gezeigt hat, wie lange das Salvarsan unverändert im Blute kreist. Bei Anwendung beider Proben kann man erkennen, ob größtenteils verändertes oder unverändertes Salvarsan vorliegt, was mit der Abelinschen Probe allein nicht möglich ist. Bei einer quantitativen-kolorimetrischen Bestimmung kann man das Serum wahrscheinlich so stark verdünnen, daß seine Eigenfarbe nicht mehr in Betracht kommt und die Fehlerquellen gleich Null sind. Die Verdünnung ist deshalb möglich, da ja noch 0,001 mg Salvarsan pro Kubikzentimeter erkennbar sind.

[1]) Tryb, Histologische Veränderungen des Gewebes nach Einspritzungen von Salvarsan. Mh. f. pr. Derm., 1911, Bd. 52. — [2]) D. m. W., 1911, Nr. 19.

Digitized by Google

Qualitativ läßt sich Salvarsan oder Neosalvarsan im Serum sehr schön durch eine Ringprobe erkennen. Unterschichtet man vorsichtig Serum, dem unverändertes Salvarsan zugesetzt ist, mit einer wäßrigen Lösung einer Silbereiweißverbindung[1]), so entsteht an der Berührungsstelle ein tiefbrauner Ring.

Ehrlich hat die Parasitropie des Salvarsans nachgewiesen. Bestände diese auch für die Gonokokken, so müßte man, sofern sie mit Salvarsan in Berührung waren, in ihnen kolloidales Silber in statu nascendi erzeugen können, wenn sie darauf mit einer Albarginlösung zusammengebracht würden. Viele Versuche des Nachweises mißglückten zuerst. Ich nahm daher zu diesem Experiment ein Element, zu dem das Salvarsan ebenfalls eine große Affinität besitzt, die Kerne der Leukozyten. Bringt man einen gewöhnlichen, lufttrocken gemachten Ausstrich von frischem Gonorrhoeeiter in eine 1%ige alkalisierte Salvarsanlösung, zwei Minuten lang, und behandelt das Präparat alsdann mit einer verdünnten Albarginlösung, so kann man konstatieren, daß die Kerne intensiver gebräunt sind als das Protoplasma. Ein ähnliches Verhalten zeigt auch das Pyrogallol, also ebenfalls ein stark reduzierender Körper. Dieser Unterschied der Salvarsanspeicherung in Kern und Protoplasma hat eine chemische Ursache und besteht in einer gewissen Wechselbeziehung zwischen der Reduktionskomponente des Salvarsans einerseits, und den Sauerstofforten andererseits, zu denen in erster Linie die Kerne gehören, wie dies Unna mit seinen genialen histochemischen Methoden, speziell mit seiner RW-Methode, nachgewiesen hat.

Diese Affinität ist eine ganz spezifische, da beispielsweise Phenylhydrazin, das mit Salvarsan ebenfalls kolloidales Silber liefert und wo makrochemisch ein Unterschied zwischen beiden Reaktionen nicht zu erkennen ist, sich mikrochemisch ganz anders verhält. Hier besteht keine Kernaffinität. Worauf dieser Unterschied beruht, soll an anderer Stelle nachgewiesen werden.

Man kann aber auch den Nachweis der Erzeugung kolloidalen Silbers in den Gonokokken direkt führen. Behandelt man einen Ausstrich von frischem Gonorrhoeeiter mit schwach alkalisierter 5%iger Neosalvarsanlösung zwei Minuten lang und bringt nach vorherigem Abspülen eine schwach alkalisierte 1%ige Albarginlösung darauf, so erhält man ein Bild, bei dem die Kerne tief gebräunt sind und die Gonokokken sich durch noch tiefere Braunfärbung deutlich abheben.

Die Feststellung, daß Serum die Reaktion zwischen Salvarsan und Silbereiweißlösungen nicht stört, ja durch seine alkalische Reaktion die

[1]) Beispielsweise mit einer Albarginlösung 1%, der man 2—3 Tropfen 10%ige KOH-Lösung auf 10 ccm zugesetzt hat.

Digitized by Google

chemische Umsetzung geradezu begünstigt, ließ mich daran denken, die Befunde zu einer Chemotherapie der Gonorrhoe zu verwerten, was um so erfreulicher wäre, da wir hier bei einem streng menschenpathogenen Mikroorganismus auf die notwendigen Tierversuche verzichten müssen.

In der Literatur ist verschiedentlich von plötzlichem Verschwinden der Gonokokken nach Salvarsaninjektionen berichtet worden, wenn es auch nicht in jedem Fall zu ersehen ist, ob gleichzeitig Silberlösungen injiziert wurden. SCHARFF[1]) sah Gonorrhoen bisweilen rascher abheilen bei gleichzeitiger Silbertherapie und Salvarsanapplikation. Ich dachte daran, daß die Erfolge in diesem Falle etwa so zu deuten wären, daß manchmal das im Blute kreisende Salvarsan aus den in der Harnröhrenschleimhaut vielleicht zufällig noch vorhandenen Silbereiweißverbindungen kolloidales Ag freigemacht hat, das seinerseits die Gonokokken abtötete. Unter diesen Voraussetzungen mußte dann beispielsweise Albargin (Gelatosesilber) und Hegonon (Silbernitratammoniakalbumose) ebenfalls durch Salvarsan und Neosalvarsan zu kolloidalem Metall reduziert werden, was in der Tat der Fall ist. Albargin ist daher ebenfalls ein Reagens auf Salvarsan bei der qualitativen Probe, bei der quantitativen ist es seiner Farbe wegen nicht verwendbar. In den Fällen, wo kein Silber injiziert wurde, ist die Besserung wahrscheinlich auf eine Schädigung der Gonokokken durch das Arsen via Leitschiene Salvarsan (Farbstoff) zurückzuführen. Vielleicht lagen auch nur wenig widerstandsfähige Stämme in diesen Fällen vor. Die Schädigung kann aber auch nach UNNA durch die hochgradig reduzierende Eigenschaft des Salvarsans bedingt sein, die den von UNNA[2]) histochemisch nachgewiesenen Sauerstoffgehalt der Gonokokken herabsetzt, was man experimentell nachweisen kann. Sowohl das Arsen als auch die O_2-Wegnahme müssen die Gonokokken schädigen.

Zur quantitativen Bestimmung kann man eine Verbindung wählen, die man erhält, wenn man zu einer 1%igen Silbernitratlösung so lange wäßrige Eiweißlösung zusetzt, bis sich der entstandene Albuminatniederschlag etwas aufhellt. Die wieder erscheinende Trübung wird durch wenige Tropfen 15%ige KOH in Lösung gebracht. Leider ist diese Verbindung auch im Dunkeln nur begrenzt haltbar, da sie sich unter Braunwerden zersetzt, wodurch sie unbrauchbar wird zur kolorimetrischen Bestimmung. Besser haltbar, wenn auch etwas weniger empfindlich, ist ein Körper, den man erhält, wenn man verfährt wie oben und dann den Niederschlag nur in 10%igem Natriumthiosulfat löst. Selbst aus diesen komplexen Verbindungen wird durch die Salvarsanpräparate noch kollo-

[1]) Briefliche Mitteilung. — [2]) UNNA, Tatsachen über die Reduktionsorte und Sauerstofforte des tierischen Gewebes. B. kl. W., 1913, Nr. 13.

Digitized by Google

idales Metall abgeschieden, was naszierender Wasserstoff erst nach längerer Zeit aus diesen Verbindungen vollbringt. Nur Phenylhydrazin und Pyrogallol zeigen ein dem Salvarsan analoges Verhalten. Salvarsan ist daher unseren stärksten Reduktionsmitteln zuzurechnen, worauf auch schon Tryb hingewiesen hat. Silberpeptonverbindungen eignen sich zur quantitativen Bestimmung besser wie obige Verbindung, da sie haltbarer sind. Der Einfachheit halber verwende ich jetzt eine ammoniakalische Silbernitratlösung.

Wenn man bedenkt, daß bei schätzungsweise 13 Litern Blut und einer Salvarsaninjektion von 0,4—0,45 g im Kubikzentimeter Serum noch ca. 0,04 mg Salvarsan vorhanden ist, so ist diese Menge viermal so groß als sie zu sein braucht, um mit 1 mg Ag noch eine teebraune Färbung durch kolloidales Silber hervorzurufen. Es wird also durch 0,04 mg Salvarsan im Kubikzentimeter immerhin noch eine ansehnliche Menge kolloidalen Silbers in statu nascendi in Freiheit gesetzt, fernerhin sind die dazu erforderlichen Silbermengen so gering, daß sie sicher in der Harnröhrenschleimhaut zu erzeugen sind und so erschien die Methode einer therapeutischen Prüfung wohl wert.

Der Versuch einer Chemotherapie mit Neosalvarsan innerlich, Albargin äußerlich mißlang insofern, als keine 100% Resultate zu erreichen waren. Zwei Fällen, die jedoch bemerkenswert sind und deren Krankengeschichte wiedergegeben werden sollen, stehen ebenso viele Mißerfolge gegenüber.

Krankengeschichten.

1. P. S., Unteroffizier, kommt am 27. V. mit geringem Sekret in Behandlung. Ausfluß seit einem Tage. U. I trübe, U. II klar. Gc. +++, Bakterien +, Leukozyten +. Erhält Janetsche Spülungen der Anterior und Posterior mit 1% Ammoniumpersulfat.

28. V., 29. V., 30. V. kein Sekret. Gc. —. Die Abortivkur scheint gelungen zu sein.

1. VI. Sollte bereits gestern früh erscheinen, da er abends vorher reichlich Bier getrunken hatte: Gc. ++. Spülungen mit Ammoniumpersulfat.

2. VI. Gc. —, Leukozyten +, E. +. Vier Stunden volle Blase, kein Sekret.

3. VI. Spärlich Sekret, Gc. —, Leukozyten +, E. +. Nachmittags kein Sekret. Unterläßt die Injektion gegen ärztlichen Rat.

4. VI. Sieben Stunden volle Blase. Gc. ++. Innerlich Jodkali 0,5 g.

5. VI. Gc. —.

6. VI. Da Patient seit einiger Zeit auch wegen frischer Lues in Behandlung steht, wird heute eine Neosalvarsaninjektion 0,45 gemacht. Er erhält außerdem eine Injektion einer schwach alkalisierten Albarginlösung 1:500 in die Harnröhre, die er 1/4 Stunde hält.

7. VI. Gc. —; spärlich Sekret.

8. VI. Gc. —.

13. VI. Wenig Sekret, Präparat fast rein epithelial.

Digitized by Google

17. VI. Etwas Sekret, Leukozyten +, Gc. —, Bakterien —, E. +. Spritzt jetzt mit Ichthyol, 1,0 Bismuth. subnitricum 2,0, Aquae ad 100.

22. VI. Telephoniert heute, daß er seines Dienstes wegen noch nicht habe erscheinen können, er fühle sich absolut wohl und habe keinen Ausfluß mehr.

30. VI. Rein epitheliales Präparat. Auf Alkoholprovokation keine Reaktion.

7. VIII. Vor seinem Ausrücken ins Feld benachrichtigte mich Patient noch, daß er sogar nach Ausschweifungen in venere dauernd gesund geblieben sei, ebenso auf einer Feldpostkarte vom 17. X.

Kurz resümierend, handelt es sich um einen Fall von frischer Gonorrhoe, der mit negativem Erfolg zunächst abortiv behandelt wurde, mit dem bekannten Bild einer solchen Behandlung, Verschwinden des Ausflusses und der Gonokokken, Wiedererscheinen nach Alkoholgenuß. Auf weitere Injektionen verschwanden die Gonokokken wieder, um bei Aussetzen der Therapie wieder zu erscheinen. Nach einer Neosalvarsaninjektion kombiniert mit der Albargintherapie dauerndes Verschwinden der Gonokokken. In diesem Falle ist an dem raschen Erfolg der Salvarsansilberbehandlung möglicherweise ebenfalls die kombinierte Jodkalium-Ammoniumpersulfat-Therapie beteiligt, die ebenfalls sehr günstig in antibakteriellem Sinne wirkt[1]), vielleicht der Erfolg auch beiden Komponenten zuzuschreiben.

2. St., Kellner, kommt am 15. X. mit einem frischen Primäraffekt in Behandlung, der angeblich seit zehn Tagen besteht. Indolente Leistendrüsen, 0,3 Neosalvarsan. Am 23. klagt Patient über dicken gelben Ausfluß aus der Harnröhre. Bei dem Wegnehmen der vorgelegten Watte quillt sehr viel gelber rahmiger Eiter hervor. Mikroskopisch zahlreiche Leukozyten, viel intrazellulär gelagerte Gonokokken. Auf Befragen gibt Patient wiederholt bestimmt an, daß der Ausfluß seit sieben Tagen bereits bestehe. Er sei gleich am Tage nach der Salvarsaninjektion aufgetreten. U. I stark trübe, U. II klar. Erhält Neosalvarsan, 0,45 g. Darauf sofort eine schwach alkalisierte Albargininjektion 1 : 1000 in die Harnröhre, die er 15 Minuten hält. Alsdann wurde das Albargin aus der Harnröhre gelassen und darauf eine 1%ige Neosalvarsaninjektion injiziert und diese fünf Minuten gehalten. Zu Hause spritzte er lediglich mit Kokain 1 : 150.

Schon am nächsten Tage soll sehr wenig Ausfluß vorhanden gewesen sein, wie auch das geschickte Präparat ergab. Leukozyten: spärlich, unscharf, reichlich, E.-Bakterien —, Gc. —. Nach drei Tagen konnte Patient überhaupt kein Präparat mehr machen. Am neunten Tage nach der Therapie erschien er wieder in der Sprechstunde. Präparat zu machen gelingt nicht, ein Morgenpräparat einer spärlichen Sekretion ergibt viel Schleim, E. +, Leukozyten sehr spärlich. U. I absolut klar, wenig Fäden, U. II klar. Mikroskopisch bestehen die Fäden aus Leukozyten ohne Gonokokkenbefund. Wird gesund entlassen. Nach Provokationen und inzwischen vollzogenem Koitus gesund geblieben.

In diesem Falle gibt es nur eine Erklärung für die eingetretene Heilung. Es kann nur die kombinierte Salvarsansilbertherapie für den

[1]) Des mangelnden Raumes wegen kann ich auf die chemischen Verhältnisse hier noch nicht eingehen.

Digitized by Google

therapeutischen Effekt verantwortlich gemacht werden, da eine Neosalvarsaninjektion von 0,3 in der Inkubationszeit den Ausbruch der Gonorrhoe nicht verhüten konnte. Nach neueren Untersuchungen, die ich auf Veranlassung UNNAS unternommen habe, kommt der externen Kombination von Salvarsan und Albargin ebenfalls ein erheblicher Effekt zu. Den Erfolg der Albargininjektion allein zuzuschreiben, ist aus folgenden Gründen nicht gut möglich. Unter weit über 100 abortiv mit 1% iger Albarginlösung behandelten frischen Gonorrhoefällen ist mir kein einziger Fall bekannt, indem mir die Abortivkur lediglich durch eine einzige urethrale Albargininjektion von 1 : 1000 gelungen wäre, zumal, wenn der Ausfluß länger als vier Tage bestand. In acht unter 79 zusammengestellten Fällen, bei denen der Ausfluß bereits seit drei Tagen bestand, gelang es nur in einem Falle noch, die Gonorrhoe abortiv zu beseitigen, Tatsachen, die ja längst bekannt sind. In den nicht abortiv verlaufenen Fällen war insofern ein gewisser Einfluß des Salvarsans auf den gonorrhoischen Prozeß unverkennbar, als der Urin am Tage darauf meist bedeutend klarer war.

Die aufgefundenen Relationen zwischen Silbereiweißpräparaten und Salvarsan bieten aber auch Aussicht auf eine wirksame Bekämpfung anderer Krankheitszustände, beispielsweise Allgemeininfektionen, bei denen wir jetzt schon kolloidales Silber verwenden, dessen Wirkung wahrscheinlich, wie bei allen in statu nascendi entstehenden Körpern, auch hier erheblich größer sein wird, so daß die Dosen wahrscheinlich verkleinert werden können. Es sei darauf hingewiesen, daß wahrscheinlich mit dieser kombinierten Methode auch arsenfeste Spirochätenstämme beeinflußt werden können, besonders wenn man bedenkt, daß man auf diese Weise auch kolloidales Gold in den Bakterien entstehen lassen kann und die Arbeiten einiger Autoren, vor allem BRUCKS, eine deutliche Beeinflussung der Spirochäten durch Goldsalze erkennen lassen. Praktisch anwendbar ist die Methode sicher, da nur geringe Mengen Salvarsan und Milligramme einer Silbereiweißverbindung dazu nötig sind und die Silbersalze nach KOBERT nicht gerade Gifte sind.

Kaninchen vertrugen subkutan ohne irgend einen Schaden 50—100 mg Albargin; auch eine kombinierte intravenöse Anwendung, 20 mg Altsalvarsan, 20 Minuten später 20 mg Albargin, schadet ihnen nichts. Auf den Menschen berechnet sind das Dosen von ca. 1 g Salvarsan und 1 g Albargin. 1 mg Salvarsan und 1 mg Silbereiweißlösung geben eine solche Menge kolloidalen Silbers, daß die Lösung bei 2 ccm Flüssigkeit noch tief schokoladebraun ist.

Für die Therapie ist jedoch noch folgende Tatsache von Bedeutung. Sowohl ammonialkalische Silbernitratlösung als auch sämtliche alkalisierten

Digitized by Google

Silbereiweißverbindungen liefern mit Salvarsan und Neosalvarsan sofort kolloidales Silber. Nach unseren experimentellen Feststellungen[1]), daß langsam naszierenden Desinfektionsmitteln ein höherer desinfektorischer Effekt zukommt, war ich bemüht, nach Möglichkeit auch das kolloidale Silber langsam entstehen zu lassen. Es gelingt dies sehr schön, wenn man zu schwächeren Alkalien greift, am besten mit Natrium bicarbonicum. Und solche Verhältnisse, schwach alkalische Lösungen sind gerade im Blut vorhanden.

Versetzt man 10 ccm einer 1 ‰ igen Albarginlösung, der man einige Tropfen 15 % iges KOH zugesetzt hat, so fällt sofort alles kolloidale Silber aus, wenn man eine 1 % ige Salvarsan- oder Neosalvarsanlösung hinzufügt. Alkalisiert man aber die Albarginlösung mit einem einzigen Tropfen einer 10 % igen $NaHCO_3$-Lösung, so entsteht das kolloidale Silber langsam.

Gonorrhoische Komplikationen, bei denen schon das fertige kolloidale Silber nennenswerte Erfolge aufweist, gehören wohl auch in das Indikationsgebiet. Es wird mit der erwähnten Methode leichter sein die Gonokokken zu schädigen als bloß mit kolloidalem Silber. Sie werden durch das Salvarsan „angefärbt". Injiziert man alsdann geringe Mengen einer Silbereiweißverbindung intravenös, so entsteht das kolloidale Silber in statu nascendi im Bakterienleib selbst.

Kurz resümierend dürfen wir uns dahin zusammenfassen, daß die Salvarsanpräparate die Fähigkeit haben, mit unglaublich starken Verdünnungen von Silbereiweißlösungen (zum Teil auch mit den entsprechenden Goldpräparaten) kolloidales Silber in statu nascendi zu liefern.

Zweckmäßig bedient man sich des Albargins[2]), das bei Anwesenheit einer Spur Alkali mit Salvarsan reichlich kolloidales Silber zu liefern imstande ist.

Nachdem ich den Nachweis geführt habe, daß es gelingt, durch Vorbehandlung mit Salvarsan und Nachbehandlung mit Albargin kolloidales Silber in statu nascendi in den Gonokokkenleibern zu erzeugen, so ist es der nächstliegendste Versuch, durch kombinierte intravenöse Einführung beider Medikamente die Gonorrhoe in günstigerem Sinne zu beeinflussen. Da das Salvarsan jedoch als solches zur Erreichung dieses Zieles entbehrlich ist, besonders sein Arsengehalt, und wir schließlich auch nicht berechtigt sind, bei einer einfachen Gonorrhoe ein immerhin nicht indifferentes Präparat wie das Salvarsan anzuwenden, beschäftige ich mich zurzeit mit einem Ersatz desselben durch ein ungiftigeres Präparat.

---

[1]) D. m. W., 1914, Nr. 51. — [2]) Albargin 1,0, Liqu. Natrii bicarbon. 10 %, 7,0 Aquae ad 1000.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Dezember 1914, Bd. 21, H. 12.

Pagets Disease an der Wange, von R. Polland-Graz. Die unter dem Namen der Pagetschen Krankheit an der Brustwarze bekannte Affektion, kommt gelegentlich auch an anderen Regionen vor. Hier bildete sich dieselbe an der Wange einer 61jährigen Frau. Das klinische Verhalten wie das histologische Bild waren typisch.

Über die Wirkung des Yohimbin-„Spiegel" auf die Nieren, von E. Christeller. Die Arbeit beschäftigt sich mit einer seinerzeit von Hübner gefundenen Nebenwirkung des Präparats auf die Niere eines Kaninchens, nämlich Fettniere. Der Verfasser findet nur bei seinen Versuchstieren die sog. physiologische Fettinfiltration, welche nur die Steigerung der Funktion bedeutet, weiterhin hält er die von Hübner gewählte Dosis für ungewöhnlich hoch, jedenfalls die aphrodiasiastisch wirkende Dosis um ein Vielfaches übertreffend, wozu noch kommt, daß bei der üblichen Dosierung weder in der humanen noch in der veterinären Therapie Nierenschädigungen beobachtet werden konnten.

Zur Salvarsantherapie des Ulcus molle, von E. Hoffmann-Bonn. Verfasser wendet sich gegen den Vorschlag von Müller, wegen der häufig eintretenden Mischinfektion von Syphilis und Ulcus molle in jedem Falle eines solchen Salvarsan prophylaktisch anzuwenden. Erstens kommt Ulcus molle noch häufig genug für sich allein vor. Dann ist auch bei Mischinfektionen die Diagnose der Krankheitserreger stets rechtzeitig genug möglich, so daß eine Abortivkur eingeleitet werden kann. Schießlich widerläuft ein solcher Rat dem Interesse der Kranken und der Ärzte.

H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1914, Bd. 120, H. 4.

Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der kutanen Leukämie, der fibro-epithelioiden Polylymphomatosen (Hodgkinsche Krankheit) und der Mycosis fungoides, von G. Marini-Pavia. Der Verfasser beschäftigt sich zunächst mit einer Einteilung der Hautmanifestationen und zwar in solche mit neoplastischem, mit nichtneoplastischem und gemischtem Typus, welche entweder auf dem Boden einer leukämi- oder aleukämischen Lymphadenie entstehen. Der 1. Fall betrifft einen 26jährigen Bauer, bei welchem im Blute eine sehr hohe Zahl von weißen Blutkörperchen mit Vorherrschen der Mononukleären bestand. Eine ausgesprochene Lymphadenie erwies sich als tuberkulös. Pruritus und Eosinophilie fehlten. Als Hauptmanifestation bestand eine Purpura. Der 2. Fall hat den gleichen Blutbefund. Die Lymphadenie ist chronisch, während im Organismus rezent-tuberkulöse Prozesse nachweisbar sind. Auf der Haut entwickeln sich zuerst ekzematoide, juckende, an Prämykose erinnernde Formen, welche sich zeit- und stellenweise zurückbilden. Gleichzeitig besteht Eosinophilie und Pruritus, welche unabhängig von den Hautveränderungen sind, da sie auch nach deren Verschwinden noch anhalten. In einem späteren Stadium entwickeln sich Blasen, in deren Flüssigkeit ebenfalls viel eosinophile Zellen anzutreffen sind. Dieselben fehlen in den Lymphdrüsen. Ein 3. Fall litt an einer Polyadenopathie und einer mäßigen pruriginösen Affizierung der Haut in Form von kleinen Papeln. Seine tuberkulöse Belastung ergibt sich durch die Tuberkulinprobe, die vielfach follikulär und

Digitized by Google

extrafollikulär sitzenden Papeln erinnern an Formen von Toxituberkuliden. Im Blut relative Mononukleose und leichte Eosinophilie. In der Haut perivasale, subakut-entzündliche Infiltration, besonders perifollikulär. Die Beziehungen zur Tuberkulose lassen sich dahin zusammenfassen, daß es Formen gibt, bei welchen der tuberkulöse Ursprung durch den mit den gewöhnlichen Methoden erzielten Nachweis von Bazillen in den Drüsen erhärtet ist; weiter solche, bei welchen der Kochsche Keim nur durch den Tierversuch erweisbar ist; ferner solche, bei welchen nur lokalisierte Tuberkulose an anderen Stellen oder Tuberkulinreaktion vorliegt, und schließlich Formen, bei welchen alle verdächtigen Momente fehlen. Ein 4. Fall ist ein reaktiver Drüsenprozeß von chronischem, nicht fieberhaftem und nicht schmerzhaftem Verlauf, mit Perioden spontaner Progression und Remission. Diese indurative Adenie bewirkt schließlich einen fortschreitenden Verfall, einen Intoxikationsmarasmus. Auf der Haut pruriginöse Reaktion, im Blute Produktion von mononukleären Elementen und von Erythrozyten, die mit azidophilem Materiale beladen sind. Der Drüsenprozeß repräsentierte ein lympho-epitheloides Granulom mit Degenerationsherden und polynukleären azidophil-granulierten Lymphozyten. Ein 5. Fall zeichnet sich durch ein gewöhnliches Blutbild, das Fehlen tuberkulöser Läsionen, das Vorhandensein von chronischen indolenten mobilen Drüsentumoren aus. An den Drüsen histologisch eine fortschreitende Bindegewebshypertrophie mit reichlichen epitheloiden Zellen, reichlichen neutrophilen, eosinophilen, polynukleären und einzelnen eosinophilen, mononukleären Elementen und Stellen mit azidophil-reagierendem Detritus. Ein 7. Fall betrifft eine Mycosis fungoides, welcher zur Erläuterung der Beziehungen und Differenzpunkte Veranlassung gibt. Ein Diagramm, welches die leukämischen Zustände in ihrer Abhängigkeit von den verschiedenen Ursachen graphisch darstellt, beschließt die Arbeit.

Gonokokkenabszeß am linken Oberarm (Vakzin- und Serumbehandlung), von J. Rennstierna-Stockholm. Bei einem Patienten mit frischer Blennorrhoe treten schon am folgenden Tage Schmerzen über dem linken Schultergelenk auf, welchen bald ein Abszeß folgt. Derselbe wird 14 Tage später inzidiert, wobei sich Gonokokken in der Abszeßflüssigkeit finden. Am dritten Tage nach der Operation Fieber, welches drei Wochen anhält, schließlich macht sich noch eine Nachoperation eines über dem ersten gelegenen Herdes notwendig. Gonargin war ohne Einfluß, autogenes Vakzin anscheinend günstig für das Infiltrat, später ein polyvalentes Antigonokokkenserum.

Über Phlebitis zoniformis ectatica und den Zonalismus, von H. Vörner-Leipzig. Der eigenartige Fall betrifft einen Knaben, bei welchem sich in einem Zeitraume von fünf Jahren innerhalb eines bestimmten Terrains zirka kirschgroße dunkelblaue Gefäßknoten entwickeln. Histologisch handelt es sich um einen entzündlichen Prozeß, welcher sich lokal an einer Hautvene lokalisiert und zur Bildung einer kugeligen Ektasie führt. Aus dem Blute, welches den Knoten erfüllte, ließ sich ein anärober Staphylokokkus züchten, welcher für die direkte Entstehung verantwortlich gemacht werden kann. Die Knoten entwickelten sich im Ausbreitungsgebiete des dritten und vierten Spinalnerven und zwar im pektoralen Teile, während der dorsale frei blieb; hierbei trat der erste Knoten in der Achselhöhle auf, während die folgenden immer mehr nach vorn zu sich entwickelten, bis die Erkrankung in der Mittellinie aufhörte. Verfasser sieht Beziehungen zu dem gelegentlich beschriebenen Vorkommen von gewissen Exanthemen in Segmenten. Er bezeichnet diese Erscheinung als Zonalismus.

Die Gilchristsche Krankheit (Blastomycosis americana) und ihre Beziehung zu den in Europa beobachteten Hefeinfektionen, von Robert Otto Stein-Wien. Der Patient, welchen Stein beobachtete, hatte sich die Affektion aus Brasilien mitgebracht. Die Hautveränderungen betrafen das Gesicht und die Mundschleimhaut und

Digitized by Google

boten der Diagnose Schwierigkeiten, bis sich in der Haut der Submentalgegend ein furunkelartiges Knötchen entwickelte, welches im Eiter die typischen Parasiten oft in Sproßform enthielt. Von Impfungen gelangen solche bei zwei Affen subkutan und bei Kaninchen testikulär. Die Kultur ergab auf festen und flüssigen Nährböden ein feines Myzel mit kugeligen Ektosporen. Diese erschienen durchschnittlich kleiner als die Formen im Gewebe, welches den üblichen Riesenzellencharakter aufwies und diese wiederum kleiner als die Hefekugeln im Eiter.

Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea, von K. Kreibich-Prag. Hierbei ist ein physiologischer Typ zu beobachten, wobei das neue Kerngebilde ein gleich beschaffenes Chromatinnetz wie der Mutterkern aufweist. Übergänge führen zu einer pathologischen Teilung. Das Chromatin geht vom Protoplasma gefolgt fadenförmig in den neuen Kern über, um welchen sich in runder Form das Protoplasma der neuen Zelle lagert. Schon jetzt kann es zu einer Zellanlage kommen, es kann vom Tochterkern das Chromatin eine weitere Zelle bilden, oder es kann der vom Protoplasma umkleidete Chromatinfaden seitlich sprossen und an den Enden zur Bildung neuer Zellen führen. Der Teilungsvorgang erstreckt sich öfters über mehrere Epithelzellen. Es kann aus der Mutterzelle ein einziger kurzer Chromatinfaden austreten, dessen knopfförmiges Ende zum Kern einer der Mutterzelle unmittelbar aufliegenden Tochterzelle wird.

H. Vörner-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Juni 1914.

1. Beitrag zum klinischen und histologischen Studium der Acanthosis nigricans in Verbindung mit einem Pulmonalkrebs, von Petrini de Galatz-Bukarest. Die meisten bisher beschriebenen Fälle von Acanthosis nigricans fanden sich mit einem Tumor des Abdomens kombiniert. Im vorliegenden Falle starb der 46jährige Patient an einem Lungenkarzinom. Bei der Sektion war das Abdomen völlig frei von Tumor. Verfasser lehnt daher die Auffassung der Acanthosis nigricans als Folge einer Ernährungsstörung der Haut, bedingt durch den Druck einer Abdominalgeschwulst auf den Plexus solaris oder die Nebennieren, ab, und denkt eher an eine Autointoxikation durch das Neoplasma, das vielleicht andere Eigenschaften habe als die zahlreichen, nicht mit Akanthosis kombinierten Abdominaltumoren. Darauf weise vielleicht der auffallend reiche Gehalt an Mitosen und Pigment des Lungenkarzinoms in seinem Fall hin.

2. Sarkoide und Syphilis. Notwendigkeit einer Revision der Sarkoidgruppe, von L. M. Pautrier. Eine 24jährige Frau zeigt ein klinisch und histologisch typisches Boeckssches Sarkoid der Nase. Wassermannsche Reaktion stark positiv. Auf 0,2 g Neosalvarsan deutliche Besserung. Zugleich fand man bei genauerer Inspektion charakteristische Syphilide am rechten Vorderarm und den Schenkeln. Bei weiteren Neosalvarsandosen völlige Rückbildung aller Erscheinungen.

Ein seit zwei Jahren wegen einer Lungenspitzenaffektion behandelter 35jähriger Mann zeigt zwei, seit sechs Monaten langsam wachsende Knoten am linken Oberarm, histologisch und klinisch typische Darier Roussysche Sarcoides hypodermiques, und auf dem linken Schulterblatt einen typischen, erweichten, durchgebrochenen Skrofulodermaknoten. Dieser wurde kürettiert; der Patient verschwand, kam aber zwei Jahre später wieder zur Beobachtung. Über dem linken Schulterblatt fand sich eine glatte Narbe, das eine, obere Sarkoid am Arm war gleich geblieben, das untere dagegen hatte sich zu einem mächtigen, derben, bis auf den radiologisch intakten Knochen reichenden Infiltrat ausgedehnt, in welchem sich zudem an 7—8 Stellen erweichte, zum Teil durch-

Digitized by Google

gebrochene Knoten fanden. Da solche gummöse Ulzerationen bei Sarkoid nicht vorkommen, wurde durch Maltoseimpfungen nach einer Mykose und durch die Wassermann-sche Reaktion nach Syphilis geforscht. Die Kulturen blieben steril, die Wassermannsche Reaktion war stark positiv. Durch zwei Kuren mit je 15 Injektionen von 0,01 g Hg benzoicum völlige Heilung. Der Patient wußte nichts von akquirierter Lues und bot keine Zeichen hereditärer. Seine Mutter hatte drei Fehlgeburten.

Verfasser betrachtet die Erscheinungen dieser beiden Fälle nicht als Kombination von Tuberkuliden mit Syphilis, sondern als einheitliches, luetisches Krankheitsbild; möglich, aber unwahrscheinlich sei auch eine Infektion mit noch unbekannten Bakterien. Die Sarkoide können also gelegentlich gummös erweichen. Sie können bei Menschen mit positiver WR vorkommen und auf Salvarsan heilen, während sie in anderen Fällen bei negativer WR sich finden und auf Salvarsan nicht reagieren. Sie dürfen daher nicht mehr ausschließlich zu den Tuberkuliden gerechnet werden, sondern sind als besonderer Symptomenkomplex zu betrachten, der verschiedene Ätiologie haben kann. Die histologisch tuberkuloide Struktur der Sarkoide verliert ihre Spezifität und ist ein neues Beispiel der völligen Analogie luetischer und tuberkulöser Affektionen.

Juli 1914[1]).

1. Histologische Studie einer Lentigo, von Ch. Du Bois-Genf. Ein linsengroßes, langsam gewachsenes, braunschwarzes Knötchen vom Halse einer 43jährigen Frau bestand histologisch aus breiten, dem gewucherten Papillarkörper aufsitzenden Epithelsträngen mit massenhaft Melanin in ihren Zellen. Die Talgdrüsen unter und in der Umgebung dieser Epithelwucherung waren sehr zahlreich und hypertrophisch, mit erweiterten zystischen Ausführgängen, deren Zellen von da, wo sie mit der Epidermis zusammenstießen, ebenfalls reichlich Pigment enthielten. In der Kutis fand sich wenig, wohl von der Epidermis her resorbiertes Pigment, geringe entzündliche Erscheinungen und nirgends Nävuszellen. Primär lag wohl eine Talgdrüsenhypertrophie vor, die als Wachstums- und Pigmentbildungsreiz auf die Epidermis wirkte, so daß diese Lentigo eher als ein Adenoma sebaceum-pigmentosum congenitum aufzufassen wäre.

2. Drei Jahre antisyphilitische Arsentherapie an der Clinique vénéréologique de l'Antiquaille in Lyon, von J. Nicolas und H. Moutot. 9000 Injektionen, ausschließlich intravenös, von Salvarsan in alkalischer, Neosalvarsan in konzentrierter und Galyl in etwas verdünnterer wäßriger Lösung. Ohne Wichtigkeit ist der Wasserfehler. Gegen Syphilis sind augenblicklich die drei Arsenpräparate das beste Mittel. Salvarsan scheint etwas wirksamer als Neosalvarsan. Heilwirkung tritt sehr rasch ein bei allen Erscheinungen florider Syphilis; Tabiker zeigen sehr oft bedeutende Besserung, progressive Paralysen dagegen nicht. Wichtig ist die Behandlung Gravider zur Verhütung von Fehlgeburten. Völlige Sterilisationswirkung ist nur bei ganz früh zur Behandlung kommenden Fällen möglich. Gegen andere Dermatosen ist die Heilwirkung der Mittel gering. Die drei Substanzen besitzen eigene Giftwirkung: zwei Todesfälle; mehrfach komatöse Zustände, zum Teil mit epileptoiden Anfällen; vorübergehender Kopfschmerz, Beklemmung, Diarrhöen, Erytheme, darunter dreimal eine allgemeine Erythrodermie exfoliante; Abmagerung; Pigmentation; auch einzelne Fälle von Herxheimerscher Reaktion und von Neuritiden sprechen die Verfasser als Arsentoxinwirkung an. Kontraindikationen sind selten (hohes Alter, schwere nervöse Störungen, Bulbärsymptome, Diabetes, Lungentuberkulose, Leberaffektionen). Die Behandlung kann, da wir ein sicheres Zeichen endgültiger Heilung nicht besitzen, nicht nur auf eine Kur beschränkt

[1]) Weitere Nummern dieser Fachzeitschrift sind bis jetzt nicht erschienen. D. R.

Digitized by Google

werden, sondern muß eine chronisch intermittierende, mit Quecksilberkuren kombinierte sein.

3. Beitrag zum chemischen Studium der Vernix caseosa, von Louis Julien. Um der Frage näher zu kommen, ob Vernix caseosa ein normales Epithelzellenprodukt (Unna) sei, oder ein pathologisches Talgdrüsensekret als Folge eines intrauterinen Status seborrhoicus (Jacquet), wurde Vernix caseosa der talgdrüsenfreien Handteller und Fußsohlen getrennt von der Vernix des übrigen Körpers untersucht. Der stärkere Wassser- und geringere Fett- und Eiweißgehalt der palmo-plantaren Vernix spricht zugunsten der Jacquetschen Theorie, der an beiden Orten gleich große und sehr hohe Cholesteringehalt im allgemeinen mehr für ein Epidermiszellprodukt. W. Lutz-Basel.

The urologic and cutaneous Review.

Juni 1914.

1. Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Neosalvarsan. Eine Arbeit über 4560 serologische Untersuchungen bei 1152 intravenösen Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen und 776 Fällen von Syphilis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. Von den fast vier Jahren der Salvarsanära gehörten beim Verfasser wie bei den meisten Forschern die ersten 2—2½ Jahre der Feststellung der Wirkungsweise des Salvarsans und der Beobachtung, ob und wie weit dasselbe dem Hg und den übrigen bisherigen antisyphilitischen Mitteln überlegen sei; in den letzten 12 bis 18 Monaten wurde besonders darauf geachtet, ob und wie weit das Neosalvarsan, das infolge seiner leichteren Löslichkeit und besseren Verträglichkeit sich schnell viele Anhänger erworben hatte, dem Altsalvarsan an Wirksamkeit gleich käme, oder es überträfe. Der Verfasser meint, daß in diesen Fragen, wie in der Politik und der Religion eine Übereinstimmung der Meinungen nicht zu erzielen sei, wenn auch wohl allgemein zugegeben würde, daß das Arsenobenzol ein enorm schätzenswertes und wertvolles antisyphilitisches Mittel sei. Ohne sich — soweit das möglich ist — in die Wiedergabe der Literatur sehr einzulassen, berichtet Heidingsfeld zumeist nur seine eigenen Erfahrungen. Er hält dieselben besonders schwer in die Wagschale fallend, weil er ungleich der überwiegenden Mehrzahl der anderen Forscher von der ersten Salvarsaninjektion an das Mittel fast ausnahmslos ohne Kombination mit anderen in Anwendung brachte, um dasselbe durch seine alleinige Wirkung stehen oder fallen zu lassen. Auf diese Weise erschienen ihm seine Erfahrungen wissenschaftlicher; die Ergebnisse waren befriedigend, und er konnte zum Vergleiche seine fast 13jährigen (?) serologischen Beobachtungen bei nur mit Hg behandelten Fällen heranziehen. Bevor er seine Erfahrungen mitteilt, betont der Verfasser mit Emphase, welch immense Bedeutung nach seiner Ansicht der Wassermann-Reaktion, d. h. der zuverlässig ausgeführten, zukommt; dieselbe ist für ihn bei der Behandlung der Lues Orakel und Mentor und in ihrer Bedeutung kaum weniger wichtig als das Salvarsan. Heidingsfeld hat für die vorliegende Arbeit nur Material aus der Privatpraxis genommen, und es ist ihm gelungen, von 776 Fällen 75% genügend oft und genügend lange serologisch und klinisch — auf letzteres legt er fast gar keinen Wert — beobachten zu können. Es wurden nur intravenöse Injektionen gemacht, und, wenn irgend angängig, in Dosis von 0,6. In jedem Falle wurde vor der ersten Injektion eine WR gemacht, und dann alle 30 Tage, bis die Reaktion negativ war und 60—90 Tage blieb; dann wurde die Reaktion nach 60 Tagen, bei weiterem negativem Befunde nach 90 Tagen, in 4, 6 Monaten, 1—2 mal im Jahre wiederholt. Die Zahlen der Heilungen und Prozentsätze der Mißerfolge können hier nicht wiedergegeben werden; es sei nur erwähnt, daß der Verfasser fand, daß bei Fällen, die — bisweilen ein Dezennium — mit Hg behandelt noch positive WR zeigten — in 12%

Digitized by Google

die Erfolge günstiger waren, als bei den unbehandelt, ganz frisch zur Salvarsanbehandlung gekommenen. Er schiebt das weniger auf die Wirkung der Hg-Präparate als darauf, daß diese ersteren, schon lange zurückliegenden Fälle mehr indolenten Charakter gehabt hätten. Während im ersten Jahre seiner Beobachtungen der Verfasser glaubte, so oft als möglich die größte eben tolerierte Dosis anwenden zu sollen, versuchte er es dann mit häufigeren geringen Mengen, bis er auf Veranlassung von Ehrlich wieder zu großen Dosen zurückkehrte. Jetzt glaubt er, daß die Spirochäten sehr schnell eine Immunität gegen das Salvarsan (ähnlich wie gegen Hg) erwürben, und daß man bei diesen resistenten Fällen auch mit gehäuften großen Dosen nichts ausrichte, daß aber der Wechsel von 914 gegen Salvarsan und umgekehrt oft ausreiche, um zum Erfolge zu kommen. Maßgebend ist, wie oben erwähnt, für den Verfasser nur der Ausfall der WR, wie er nochmals ausführlich aus seinen Erfahrungen begründet; eventuell gibt er eine provokatorische Salvarsaninjektion und untersucht am 1. und 17. Tage nach dieser. Ist die WR auch dann negativ, so registriert er (beim Fehlen klinischer Symptome und vorher negativer Reaktionen) den Fall als geheilt und gibt den Heiratskonsens. In letzter Zeit beginnt Heidingsfeld die Behandlung mit Neosalvarsan als dem besser vertragenen Präparat und wechselt, wenn er mit diesem nicht zum Ziele kommt, weil die Spirochäten dagegen immun, respektive resistent geworden sind, indem er Salvarsan gibt. Er glaubt, daß ebenso wie es beim Hg vorkommt, daß bei zu reichlicher Verabreichung die Syphilissymptome sich verschlimmern, bis das Hg ausgesetzt wird, worauf dann oft Heilung eintritt, auch eine Überhäufung mit Salvarsan den Erfolg gefährden kann, und daß erst wenn der übersalvarsanisierte Organismus Zeit gehabt hat, sich wieder zu erholen, nach monatelanger Pause das Arsenobenzol wieder wirksam wird. Von den übrigen antisyphilitischen Mitteln: Atoxyl, Natr. kakodyl. und auch vom Jod und Hg spricht der Verfasser mit direkter Verachtung.

2. Die Behandlung der Akne, von W. Knowsley Sibley-London. Bekämpfung gleichzeitiger Seborrhoea capitis durch tägliche Waschungen (2% Resorzin oder Euresol), ferner der Obstipation und Dyspepsie, der Zahnkaries und Alveolarpyorrhoe. Verbot von stark gewürzten Speisen, heißen Gebäcken, Kuchen, Eiern; wenig Fleisch, dafür grünes Gemüse und frisches Obst. Innerlich: eventuell Abführmittel, Schwefel, As, und bei stärkeren Anämien: Eisen, Strychnin, Phosphor, Lebertran. Lokal: tüchtig abreiben mit Wasser und Seife mittels eines Flanellappens, um Hyperämie zu erzeugen, oder massieren oder Biersche Stauung zur Verbesserung der Zirkulation und zur Entleerung der Pusteln an Stelle der gern gebrauchten Uhrschlüssel usw. Friktionen sind oft empfehlenswerter als Salben und Puder, besonders mit einer Schwefellösung, die abends tüchtig eingerieben und früh abgewaschen wird, oder Resorzin 5—30% auf Traganth 5% und Glyzerin 2%. Oder Erzeugung von Hyperämie durch reizende Pflastermulle (Salizyl-Resorzin + Kreosot), die in steigender Konzentration jede Nacht aufgelegt werden, und, wenn eine lokale Reaktion eingetreten ist, durch Resorzin Salizyl, oder Schwefelsalben ersetzt werden. Die lokale Behandlung kann durch Vakzinebehandlung unterstützt werden, doch muß die Dauer derselben mindestens sechs Monate betragen und versagt oft, besonders in den Fällen von Seborrhoe oleosa, zahlreichen Komedonen und spärlichen Eiterpusteln. Auch die Röntgenbehandlung hat bisweilen Vorteile (zweimal ein drittel Sabouraudsche Pastille im Intervall von einer Woche und dann nach 14 Tagen und nochmals nach 3—4 Wochen, dann den Erfolg abwarten), dieselbe ist kontraindiziert bei Neigung zur Hypertrichosis oder starker Pigmentierung. Auch Hochfrequenzströme sind bei besonders hartnäckigen Fällen durch die Erregung von Hyperämie bisweilen von Vorteil. Elektrische Heißwasserbäder mit etwas Kochsalzzusatz oder Galvanisierung mit einer Rollelektrode sind bei Akne des Körpers oft wirksam. Elektrolyse mit Ein-

Digitized by Google

führung der negativen Nadel in die indurierten Pusteln führt gelegentlich zur Heilung, muß aber vorsichtig angewendet werden. Zum Schluß erwähnt Verfasser noch die manchmal günstigen Erfolge von Injektionen von Fibrolysin, besonders bei gleichzeitiger Behandlung mit Hyperämie und Ionisationen.

3. Ein Beitrag zur Lehre vom Herpes progenitalis beim Manne, von Noah E. Aronstam-Detroit. Ebenso mannigfaltig wie die Ätiologie des Ekzems ist die des Herpes progenitalis des Mannes und dementsprechend auch die therapeutischen Maßnahmen, die erst bei richtiger systematischer Kenntnis der Ursachen der Erkrankung ebenfalls werden systematisch gestaltet werden können; bis dahin müssen wir uns mit der Empirie begnügen. Bevor er zu seinem eigentlichen Thema kommt, nennt der Verfasser als die von Herpes progenitalis befallen Körperstellen außer dem Penis und Skrotum noch die Inguinokruralfalte, das untere Drittel der Bauchhaut, das obere Drittel der Innenfläche des Oberschenkels, die perineale Region bis ein Zoll über dem Anus und einen Teil der Gesäßregion. Dann zählt er die ätiologischen Momente in zwölf Gruppen, in denen fast jede konstitutionelle Krankheit enthalten ist, auf und schildert das im allgemeinen sehr einfache, klinische Bild und bespricht die Diagnose. Es handelt sich pathologisch anatomisch nur um zwei Varietäten: 1. periphere Neuritis und 2. vasomotorische Paralyse; die letztere Form pflegt früher oder später als die Folge der ersteren einzutreten. Die Therapie muß bestrebt sein, die ätiologischen Momente aus der Welt zu schaffen, resp. die prädisponierenden, allgemeinen konstitutionellen und lokalen Leiden zu bekämpfen. Dazu gehört in allererster Linie, daß man dem Patienten sorgfältigste Reinhaltung des Präputialsackes und dessen Umgebung (gewissenhafte Entfernung von Smegma usw.) zur Pflicht macht. Dann empfiehlt der Verfasser den Gebrauch von Präservativs, um Reizungen und Infektionen zu vermeiden. Wenn eine Entzündung oder Infektion vorgekommen ist, regelmäßiges Auswaschen mit warmen Wasser oder Borsäurelösung, dann ein austrocknendes Pulver (Dermatol, Aristol, Europhen usw.) und etwas aufsaugende Watte. Schwieriger gestaltet sich die Heilung, wenn die Herpesbläschen zwischen dem Oberschenkel und Hodensack sitzen; falls ein Verband mit Borsäuregaze nicht angängig ist, dann empfiehlt der Verfasser Dermatol oder Europhen-Kollodium. Aronstam fügt drei Krankengeschichten bei, welche die Wirksamkeit seiner therapeutischen Maßnahmen beweisen sollen.

4. Über die Behandlung der Syphilis cerebrospinalis, von R. Hayes Davis-Louisville. Einleitend betont Davis, daß die Therapie der Syphilis cerebrospinalis nicht gleichen Schritt gehalten habe mit den Fortschritten in der Diagnosenstellung durch WR und die übrigen Reaktionen des Liquors; der letztere solle in jedem Falle von Lues III oder später Lues II untersucht werden. Die sonst in allen Stadien der Krankheit wirksamen Heilmittel — die Hg- und Jodpräparate — versagen nach der Meinung des Verfassers bei Tabes und Paralyse vollkommen, auch das Salvarsan schien seine sonst so enorme antisyphilitische Kraft gegenüber diesen Krankheiten nicht entfalten zu können, da der Sitz der Spirochäten im Gehirn meist weit ab von den Gefäßen ist und der Subarachnoidealraum und die Ventrikel für das Mittel fast unerreichbar sind; die direkte Injektion von Salvarsan in den Wirbelkanal ist aber mit erheblichen Gefahren verbunden. Davis bespricht nun das Verfahren von Swift und Ellis, die salvarsanisiertes Blut direkt in den Wirbelkanal injizierten. Über die mit dieser Methode von vielen Verfassern erzielten Erfolge berichtet er folgendes: er ist in der Stellung der Prognose sehr vorsichtig; aber bei der Tabes haben die Liquoruntersuchungen und die Angaben der Patienten ihm die Überzeugung gebracht, daß man Stillstand des Prozesses und Besserung der quälenden subjektiven Beschwerden in der Regel hoffen darf. Bei der Paralyse sind die Versuche noch nicht zahlreich genug, um mit Entschiedenheit

Digitized by Google

von Erfolgen reden zu können; aber angesichts der Hoffnungslosigkeit jeder anderen Therapie, ist der Versuch entschieden anzuraten. Die übrigen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wurden ausnahmslos günstig durch Salvarsan beeinflußt. Davis teilt zur Bestätigung seiner Anschauungen sieben Fälle mit. Er macht die intraspinalen Injektionen mit salvarsanisiertem Serum in zweiwöchentlichen Intervallen, bis der Liquor völlig normal ist; wenn das nicht gelingt, injiziert er mindestens zehnmal, pausiert dann eine kurze Zeit und fängt von neuem an. Bei peinlich aseptischem und vorsichtigem Vorgehen, hält der Verfasser die Methode für völlig gefahrlos.

5. Einige Bemerkungen über freiwillige Sterilität, von E. H. F. Pirkner-Babylon. Der Verfasser bespricht die beiden sozial eminent wichtigen Fragen der Verhinderung und Unterbrechung der Schwangerschaft. Er hat den Eindruck, daß die weitesten Schichten der Bevölkerung gar nicht den Wunsch haben, daß den Ärzten in dieser Hinsicht gesetzlich ein Verbot auferlegt werde. Die schlimme Folge eines solchen Verbots sei, daß alle Frauen, die sich vor den Folgen des geschlechtlichen Verkehrs schützen wollen, nicht zu den Ärzten, sondern zu Kurpfuschern usw. gingen, und daß sich auf diese Weise eine Art Trust von derartigen Gewerbetreibenden bilde, was für die Volksgesundheit höchst gefährlich und schädlich sei. Nach seiner Ansicht solle man es der Gewissenhaftigkeit jedes Arztes überlassen, ob er es für angezeigt halte, in bestimmten Fällen Mittel zur Verhütung der Konzeption anzuraten, oder eine Unterbrechung einer eingetretenen Gravidität einzuleiten.

6. Über die Ähnlichkeit des klinischen Bildes der Tuberculosis verrucosa cutis und Blastomykose, von G. H. Irvine-Minneapolis. Zum Referieren nicht geeignet, weil Irvine die große Ähnlichkeit der Tuberculosis verrucosa cutis und der Blastomykosis durch gute Abbildungen veranschaulicht. Er hält die Ähnlichkeit zwischen diesen beiden Erkrankungen für viel größer als die von anderen Verfassern betonte Ähnlichkeit der klinischen Bilder der Blastomykose mit der Lues resp. Sporotrichose oder mit den fungoiden Bromeruptionen.

7. Dringende Empfehlung der Anwendung gerader Harnröhrensonden, von Thos. W. Ross-Portland. In der Einleitung läßt der Verfasser eine energische Philippika los gegen die ungenügende Ausbildung der Spezialärzte für Urologie und gegen die bestehenden Lehrbücher für diese Disziplin. Diesen Umständen gibt er schuld, daß mit Vorliebe gebogene Harnröhrensonden gebraucht würden, wo die Anwendung der geraden am Platze wäre. Nur für die Fälle, in denen man Strikturen des hinteren Harnröhrenabschnittes feststellen oder dehnen wollte, dürften gebogene Sonden verwendet werden. Diese Strikturen kommen aber fast nur vor nach Traumen durch Steine oder nach operativen Eingriffen. Nie solle bei der Blennorrhoe eine gebogene Sonde eingeführt werden; denn meistens sitzen die Strikturen in der vorderen Urethra und es genügen gerade Sonden von $5^1/_2$ Zoll Länge, um dieselben zu erreichen. Der Verfasser hofft, daß endlich einmal ein gutes Lehrbuch mit zahlreichen, bunten Abbildungen geschrieben werde. Dann würden 98 % der Ärzte, die jetzt Blennorrhoen behandeln, ohne jemals eine Harnröhrenschleimhaut gesehen zu haben, endlich wissen, was sie unter Krypten und Littréschen Drüsen zu verstehen hätten, und würden hundertmal eher ein Urethroskop benutzen, statt gebogene Sonden in Anwendung zu bringen.

8. Mangelhafte Funktion der innersekretorischen Organe, von Frank R. Starkey-Philadelphia. Der Verfasser bemerkt mit Recht, daß die Bedeutung der innersekretorischen Organe erst spät erkannt und daß auch heute unser Wissen in dieser Hinsicht noch ziemlich lückenhaft ist. Das eine steht für ihn fest, ohne normale Entwicklung und Funktion der innersekretorischen Organe gibt es keine vollkommene

Digitized by Google

körperliche und geistige Gesundheit. Er erläutert das an einem ausführlich geschilderten Falle.

9. Über perverse Sexualempfindungen bei den Frauen in Spanien, von Douglas C. McMurtry-New York. Der Verfasser bringt für die Homosexuellität und deren Betätigung die neuen Ausdrücke: Uranismus und Tribadismus und spricht über die Verbreitung der lesbischen Liebe in Spanien, besonders in den Zentren, in denen — wie in den Klöstern — die Frauen massenweise zusammengepfercht sind.

10. Rückfall einer akuten Blennorrhoe nach einer Injektion von polyvalenter Gonokokkenvakzine, von Frederic S. Mason-New York. In 50 Fällen von blennorrhoischen Erkrankungen: „Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis, Arthritis, Pyosalpinx, Cowperitis, Bartholinitis", hatte Mason sehr gute Resultate mit Injektionen von polyvalenter Gonokokkenvakzine erzielt, wenn es sich um veraltete Fälle, bei denen der Gonokokkennachweis kaum oder gar nicht gelang, handelte. Dann aber sah er in zwei veralteten Fällen von Prostatitis in einem Stadium, in dem er den Patienten bereits als geheilt betrachtete, nach Injektion von polyvalenter Vakzine (50 Millionen Gonokokken) unter heftigen Allgemeinerscheinungen (Hämaturie, Fieber usw.) eine ganz akute Blennorrhoe der Urethra anterior mit positivem Gonokokkenbefunde neu auftreten. Für akute Blennorrhoen hält Mason polyvalente Vakzine für kontraindiziert, aber nach diesen Erfahrungen möchte er auch bei chronischen und besonders bei subakuten Fällen zur Vorsicht raten.

10. Bericht eines Falles von syphilitischer Paralyse, von J. N. Bloom-Louisville. Es handelt sich um einen Fall von Paralyse, resp. Parese des rechten Armes und Beines infolge eines apoplektiformen Insultes, der wohl auf eine fast unbehandelte syphilitische Infektion (16 Jahre früher) zurückzuführen war. Als der Patient in die Behandlung von Bloom kam, hatte er zwei Neosalvarsaninjektionen (1 intramuskuläre und 1 mißlungene intravenöse) und außerdem Hg und Jodkalium per os erhalten. Bloom verabfolgte 4 intravenöse Neosalvarsaninjektionen und erreichte eine erhebliche Besserung im Befinden des Patienten, während die WR im Blute negativ ausfiel, war dieselbe + + im Liquor, der außer positiver Globulinreaktion noch Zellenvermehrung aufwies. Darauf entschloß sich Bloom, eine intraspinale Injektion von salvarsanisiertem Serum (Swift und Ellis) zu machen. Er fand am folgenden Tage nach lebhaften allgemeinen Reaktionserscheinungen die WR im Liquor + —, verminderte Globulin- und Zellenmengen. Leider waren die beabsichtigten weiteren Untersuchungen zur Zeit der Veröffentlichung noch nicht erfolgt, und es liegt nur eine vorläufige Mitteilung vor.

11. Über Urethroskopie bei chronischer Blennorrhoe, von Paul Steiner-New York. Der Verfasser schildert die Bedeutung der Urethroskopie bei Behandlung und Diagnosenstellung von Harnröhrenerkrankungen. Dieselbe ermöglicht es — speziell bei der Blennorrhoe — erst den genauen Sitz der Erkrankung festzustellen und unsere therapeutischen Agentien genau an Ort und Stelle zu bringen. Steiner sieht davon ab, bei der großen Zahl von Instrumenten, die zurzeit auf dem Markte sind, genauere Beschreibungen derselben mit ihren Vorzügen und Nachteilen zu geben. Dagegen gibt er wertvolle Winke für die Lagerung des Patienten, die Stellung des Arztes usw. und erörtert dann, worauf es bei der Endoskopie der vorderen resp. hinteren Harnröhre ankommt: „Farbe der Schleimhaut, Aussehen der Drüsen und Krypten in normaler und pathologischer Verfassung". Wie Guyon die „bougie à boule" den verlängerten Finger des Urologen nennt, so bringt das Endoskop das Auge an die Stelle der krankhaften Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut.

Digitized by Google

Juli 1914.

1. Über die Behandlung der Syphilis durch kombinierte Salvarsanquecksilberkuren, von W. Scholtz-Königsberg. Die vorliegende Arbeit enthält kaum etwas anderes als die von Scholtz gesammelten und an anderen Stellen (z. B.: P. Ehrlich: Abhandlungen über Salvarsan, Bd. 4) veröffentlichten Beobachtungen und Erfahrungen über die Wirkung der Kombination von Salvarsan und Hg bei der Behandlung der Syphilis. Scholtz ist bekanntlich ein Anhänger einer möglichst frühzeitigen und sehr energischen Therapie.

2. Über den Wert der Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Harnsteinen, von A. F. Tyler-Omaha. Neben dem elektrischen Zystoskop sind die X-Strahlen das bedeutsamste Hilfsmittel für die Diagnose der Nieren-, Ureteren- und Blasenleiden, speziell der Steine geworden. Wichtig ist die richtige Vorbereitung des Patienten vor der Aufnahme. Am Abend vorher erhält derselbe nur Zwieback und Tee und Rizinusöl; am Morgen dann einen Einguß, bis das Wasser klar abfließt; dann wird eine Gesamtaufnahme von Niere, Ureter und Blase, und dann Einzelaufnahmen von jedem Organ gemacht. Auf diese Weise bekommt man auch bei beleibten Leuten Steinschatten, außer wenn die Steine aus reiner Harnsäure bestehen; in diesem — allerdings seltenen — Falle zeigt trotz des Vorhandenseins von Steinen die Aufnahme oft einen negativen Befund. Ein nicht zu unterschätzender Vorzug der Radiographie vor dem Zystoskop ist die absolute Schmerzlosigkeit. Der Verfasser schließt nach Mitteilung einiger illustrierter Krankengeschichten mit folgenden vier Leitsätzen. 1. Die Anwendung der Radiographie bei Diagnosenstellung von Nieren-, Ureter-, Blasen-Erkrankungen ist schmerzlos und sollte in allen verdächtigen Fällen erfolgen. 2. Die Befunde mittels X-Strahlen sind bei genauer Technik zuverlässiger als bei anderen Methoden (1% Fehldiagnosen). 3. Das Röntgenbild gibt eine ungefähre Vorstellung vom Sitz, der Größe und Zahl der vorhandenen Steine und zeigt oft Steine in beiden Nieren, während nur von einer Seite aus klinische Symptome vorhanden sein können. 4. Bei infizierten oder dekrepiden Patienten erspart die schmerzlose Radiographie oft die Anwendung des Zystoskops.

3. Über den Wert der Vakzine bei Komplikationen der Blennorrhoe, von Cornelius James Seay-New York. Seay hat seit fünf Jahren an einem großen Material seine Beobachtungen über die Wirksamkeit von Gonokokkenvakzine (Stamm- und autogener) bei Blennorrhoe und deren Komplikationen gemacht und berichtet: 1. Gute Erfolge bei Epididymitis und zwar subjektiv: Erleichterung der Schmerzen, und objektiv: schnelles Zurückgehen der Schwellung. 2. Bei akuter Blennorrhoea anterior und posterior vermehrte Sekretion, aber keine Heilerfolge. 3. Auch bei chronischer Blennorrhoea posterior, bei Prostatitis und Vesikulitis sah der Verfasser weder vom Stamm- noch von autogener Vakzine irgend welche gute Erfolge. 4. Dagegen erreichte er bei blennorrhoischer Arthritis, besonders mit autogener, aber auch mit Stammvakzine, erhebliche Besserungen und Heilungen, selbst in Fällen, in denen jede andere Therapie versagt hatte. Was die Technik anlangt, so empfiehlt der Verfasser, sich die Einstichstelle mit Jod zu desinfizieren und zu markieren und zwar in der Glutäalregion, dann nicht intramuskulär, sondern in das subkutane Gewebe zu injizieren. Anfangsdosis nicht über 25 Millionen und jeden vierten Tag je nach dem opsonischen Index zu verstärken.

4. Einige Betrachtungen über die Blennorrhoe, von A. Strachstein-New York. In der Einteilung gibt der Verfasser einen historischen Rückblick über die Behandlung der Blennorrhoe je nach der herrschenden Auffassung von dem Wesen der Krankheit in der Zeit von Moses und Hippokrates bis zur Entdeckung der Gonokokken als Krankheitsträger durch Neisser im Jahre 1879. Dann betont er die Wichtigkeit der Auf-

Digitized by Google

klärung der jungen Leute darüber, daß die Heilung nicht mit dem Verschwinden des Sekretes erreicht sei, sondern daß oft noch in den Filamenten im Urin infektiöse Substanzen vorhanden sein können. Nur genaue mikroskopische Untersuchung könne die Heilung konstatieren. Das gilt auch von der Diagnose „Blennorrhoe" überhaupt. Denn häufig seien es chemische Produkte oder nicht spezifische, besonders im Anschluß an die Menstruation in der Vagina existierende Mikroorganismen, die einen blennorrhoeähnlichen Ausfluß hervorrufen. Wenn die Entscheidung mit Methylenblaufärbung unmöglich ist, so muß nach Gram gefärbt werden. In bezug auf Abortivkuren ist Strachstein sehr skeptisch. Nur bei einer Inkubationszeit von 24—36 Stunden, bei noch wenig eitrigem, mehr schleimigem, epithelialem Sekret mit intrazellulären Gonokokken, d. h. in Fällen, in denen die Erreger noch nicht durch die Mukosa in das tiefere Gewebe gedrungen sind, hat man einige Chancen. Im Falle des Mißlingens hat man dann die unangenehme, starke Reizung zu überwinden. Fast alle empfohlenen Abortivkuren beruhen auf demselben Prinzip. Der Verfasser befürwortet folgendes Verfahren: Urinieren lassen, dann $2^1/_2$ Zoll hinter dem Meatus die Harnröhre festzudrücken, mit Borsäure diesen Teil gründlich ausspülen, dann 2% Eukain- oder Novokainlösung und nach fünf Minuten ca. 2% Arg. nitr.-Lösung injizieren, die nicht weiter als $2^1/_2$ Zoll in die Harnröhre eindringen kann. Dieses Verfahren wird eventuell nach 48 Stunden wiederholt. Bei dem Kapitel: „Hygiene und Diät", bringt der Verfasser nichts Neues. In der Besprechung der Therapie betont er, daß die interne Medikation nur die lokale unterstützen, aber nie für sich allein wirksam sein könne. Er warnt vor einer Überbewertung des Urotropins und glaubt, daß die Balsamika nur einen mild adstringierenden und eventuell schmerzlindernden, aber keinen — oder so gut wie keinen — bakteriziden Einfluß ausüben können; in jedem Falle sollten dieselben möglichst unverdünnt verabreicht werden. Die Behandlung soll so schnell als möglich begonnen werden. Der Verfasser begnügt sich dann in großen Zügen eine allgemeine Anleitung für dieselbe zu geben, soweit das bei dem proteusartigen Verlaufe der Blennorrhoe möglich ist. Neues bringt er hier nicht.

5. Die Frage der Vakzineverwertung bei Urogenitalinfektion, von Char. E. Barnett-Fort Wayne. Barnett hält Vakzine und zwar besonders autogene für sehr wertvoll für die Diagnose und Behandlung bei Infektionen des Urogenitalsystems. Die Details der kurzen Mitteilung müssen im Original nachgelesen werden.

6. Blutharnen und Bestimmung des Ursprungs desselben, von Clarence Martin-St. Louis. Obwohl Hämaturie oft eine unwesentliche Begleiterscheinung einer akuten Entzündung der Harnwege sein kann, so ist doch andererseits ihre Bedeutung als Symptom für ernste Erkrankungen des uropoetischen Systems nicht zu unterschätzen. Zystoskopie und X-Strahlen haben in den letzten Jahren das Auffinden der Ursprungsstellen der Blutung sehr erleichtert. Den ersten Anhalt gibt die Art der Blutung: initial, terminal usw. Auch das Mikroskop deutet durch die gleichzeitig mit dem Blut im Urin gefundenen Zellelemente häufig den Sitz der erkrankten Stelle (Niere, Nierenbecken, Harnleiter, Blase, Harnröhre) an. Das naturgemäße Bestreben, die Blutung zu stillen, macht die Kenntnis des Sitzes zur Bedingung. Verfasser bespricht nun die Blutungen der einzelnen Abschnitte des Urogenitaltraktus mit ihren Symptomen und den therapeutischen Maßregeln. Blutungen aus der Anterior werden meist durch Polypen, Papillome oder Traumen veranlaßt; zur Behandlung eignet sich besonders das Urethroskop nach Wyndham Powell mit äußerer Lichtquelle. Die meisten Urethralblutungen stammen aus der Urethra posterior; hier ist die Blennorrhoe am häufigsten das ätiologische Moment, die ebenso wie andere Ursachen zu einer entzündlichen Schwellung des Veru montanum führen kann. Weniger häufig finden sich tuberkulöse Herde in der Prostata. In ähnlicher Weise bespricht Martin die häufigen, zu Blutungen führen-

Digitized by Google

den Erkrankungen der Blase, Prostata, Ureter, Niere; doch würde die Wiedergabe dieser Betrachtungen für ein Referat zu weit führen.

7. Über die Serodiagnose der Blennorrhoe, von R. L. Jones und Irving Simons-Nashville. Wenige Monate nach der Entdeckung der Serodiagnose auf Syphilis durch Wassermann, Bruck und Neisser hatten Müller und Oppenheim es übernommen, eine Serodiagnose für Blennorrhoe zu finden; sie benutzten an Stelle der syphilitischen Leber als Antigen Gonokokkenextrakte. Die Verfasser haben nun an 206 Fällen von Blennorrhoe des Mannes Nachprüfungen veranstaltet. Da es sich in der vorliegenden Arbeit nur um eine vorläufige Mitteilung der Ergebnisse handelt, so nimmt der Referent davon Abstand, auf die Details: „Bereitung des Antigens, Gewinnung und Konservierung des Serums, tabellarische Zusammenstellung der Beobachtungen" einzugehen und beschränkt sich darauf, die Zusammenfassung der Verfasser hier verbotenes wiederzugeben: 1. Die Serodiagnose ist für die Blennorrhoe noch zuverlässiger als die WR für die Lues. 2. Dieselbe ist für Fälle, in denen Gonokokken nur mit größter Mühe aufgefunden werden können, von hohem Werte. 3. Komplikationen der Blennorrhoe: akute und chronische Epididymitis, chronische Prostatitis und verschiedene Adnexerkrankungen bei Frauen ergaben in 100% ein positives Resultat. 4. Chronische unkomplizierte Blennorrhoe gibt eine positive Reaktion; fällt dieselbe negativ aus, so ist die Blennorrhoe geheilt. 5. Nicht ein Fall von nichtblennorhoeischer Erkrankung hat eine positive Reaktion ergeben. 6. Die Blennorrhoe ist keine sich selbst begrenzende Krankheit von verhältnismäßig kurzer Dauer (1—3 Jahre). 7. Bei einem Heiratskandidaten ist ein negativer Ausfall der Serodiagnose wünschenswert, selbst wenn frühere Blennorrhoen vollkommen geheilt zu sein scheinen. O. Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Die Fadenpilzerkrankungen des Menschen, von R. O. Stein-Wien. (Lehmanns med. Atlanten, München 1914, Bd. 12.) Wollte man sich eingehender über die pathogenen Fadenpilze unterrichten, so war dies bisher nur an der Hand großer Spezialwerke möglich, die zwar ausführlich, aber zur raschen Orientierung meist unpraktisch und zudem schwer erreichbar waren. Die vorliegende Monographie hat nun versucht und — um es gleich vorwegzunehmen — mit erfreulichem Erfolg versucht, diese Lücke auszufüllen. Auf 18 Drei- und 11 Vierfarbendrucktafeln und 78 Abbildungen ist in meist vorzüglicher Darstellung und Farbengebung ein Material zusammengestellt, mit dessen Hilfe sich der Praktiker eine klare und vor allem richtige Anschauung von den in Frage kommenden Fadenpilzerkrankungen zu schaffen vermag. Der kurze, aber übersichtliche Text, auf der heutigen Höhe unserer Kenntnisse fußend, vermag den guten Eindruck des Atlas nur zu heben. In einer zweiten Auflage könnte der Unterschied des „graubestaubten, in gleicher Höhe abgemähten Mikrosporiehaares" Tabelle 5 gegenüber Tabelle 10 Herpes tonsurans, dem durchaus „haarlosen Fleck" in bezug auf bildliche Wiedergabe zwischen Haarstümpfen und völligem Fehlen der Haare etwas schärfer differenzierend dargestellt werden. Im übrigen reiht sich dieser Band würdig den Vorgängern aus dem anerkannten Verlage an. O. Gans-Freiburg i. Br.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Beitrag zur Frage der Beziehung der Tuberkulose zur Psoriasis, von Warnecke-Görbersdorf. (D. m. W., 1914, Nr. 1.) Es wird über einen Krankheitsfall berichtet, und zwar handelt es sich um einen Patienten mit Lungentuberkulose, der mit Alttuberkulin behandelt wurde. Nach Injektion von 0,09 mg trat am anderen Tage ein Exanthem am Rücken auf, das bereits am nächsten Tage wie typische Herde von Psoriasis annularis aussah. Nach Injektion von 0,1 mg wurden die alten Herde intensiv rot, zeigten vermehrte Schuppung und vergrößerten sich peripherwärts, außerdem traten neue Herde auf. Auch weitere Injektionen hatten denselben Effekt. Das Exanthem heilte erst unter der Behandlung von Chrysarobin mit Tumenolzinkpaste ab. Obwohl die Psoriasis zweifellos durch die Tuberkulininjektionen hervorgerufen wurde, vermag Verfasser doch nicht die Psoriasis in einen direkten Zusammenhang zur Tuberkulose zu bringen, zumal die Psoriasis ein außerordentlich seltener Nebenbefund in Lungenheilstätten ist. B. Junghanns-Dresden.

Doppeltes Zungenkarzinom bei Psoriasis linguae, von Borchard. (D. Zschr. f. Chir., August 1914.) Die 55jährige Patientin hatte seit langem Psoriasis linguae; die Affektion nahm die ganze Zunge bis hinter die Papillae circumvallatae ein und zeigte tiefe Risse. An der rechten Zungenhälfte ein zehnpfennigstückgroßes Geschwür mit hartem Grunde; keine Drüsen. Das Geschwür wurde weit im Gesunden entfernt. Die Narbe blieb weich, die Schleimhaut zeigte keine Psoriasis. Acht Jahre später trat eine wallnußgroße harte Geschwulst am linken Zungenrande auf; am Unterkieferrande geschwollene Drüsen. Der Tumor und die Drüsen wurden entfernt; ersterer erwies sich ebenso wie das seinerzeitige Geschwür als Karzinom. Auch diese Narbe blieb weich, ohne Psoriasis und zeigte kein Rezidiv. Der Fall zeigt einerseits die große Neigung der Psoriasis linguae zu karzinomativer Degeneration, andererseits die Gutartigkeit dieser Krebse. Auf der einen Seite war es zu keiner Drüseninfektion gekommen. In keiner der Narben erfolgte ein Rezidiv. Es ergibt sich daraus, daß man auch in Fällen, wo die Drüsen erkrankt sind, nicht die ganze Zunge entfernen muß, sondern sich mit der Exstirpation des Tumors und der Drüsen begnügen kann. R. Frühwald-Leipzig.

Über therapeutische Versuche mit Pilocarpinum hydrochloricum bei Parapsoriasis, von Karl Herxheimer und Hermann Köster. (B. kl. W., 1913, Nr. 48.) Gelegentlich eines Versuches, ob Pilokarpin die subjektiven Erscheinungen, d. h. also den Juckreiz, beeinflußt, konnte man therapeutische Erfolge hinsichtlich des Exanthems konstatieren. Verfasser berichten daher über seine intramuskuläre Anwendung in zwei Fällen. Von diesen beiden Fällen ist im ersten die Pilokarpintherapie nicht rein durchgeführt, trotzdem ist auch da die Wirkung des Pilokarpins auf das Exanthem unverkennbar. Der zweite Fall wurde ausschließlich mit Pilokarpin behandelt. Hier handelte es sich offenbar um die erste Attacke der Krankheit, die erst kurz vorher eingesetzt hatte und in vollster Entwicklung war. Verfasser erzielten mit der Pilokarpintherapie in etwa sechs Wochen ein nahezu restloses Verschwinden der Krankheitserscheinungen. Die fortgesetzten Injektionen in Abständen von 2—3 Tagen wurden in beiden Fällen sehr gut vertragen. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Lichen scrophulosorum und Parapsoriasis lichenoides, von Nicolas, Massia, Gaté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 16.) Bei dem kleinen Mädchen hatte das Hautleiden vor drei Monaten mit einem roten Herde am Stamme begonnen, der sich allmählich vergrößerte. Die Affektion besteht aus großen, unregelmäßig begrenzten, bräunlichroten Herden; auf diesen sieht man zahlreiche, regelmäßig angeordnete, peripiläre, stecknadelkopfgroße Knötchen. Außerdem finden sich zahlreiche kleine, flache Papeln, teils glänzend, teils etwas schuppend, wie Lichen aussehend. Auf den Schenkeln und dem Abdomen sind Knötchen, die wie Lichen scrophulosorum aussehen. Nachdem die Verfasser die in Betracht kommenden Affektionen besprochen haben, meinen sie, daß eine Kombination vor Lichen scrophulosorum und Parapsoriasis lichenoides vorliege.

R. Frühwald-Leipzig.

Lichen planus, von David Walsh-London. (M. Press. a. Circ., 22. Oktober 1913.) Die für Allgemeinpraktiker berechnete Darstellung bringt nichts Neues, außer vielleicht der Mitteilung, daß von Raval in Paris therapeutisch die Lumbalpunktion empfohlen wird, womit auch Pernet in England das heftige Jucken bei einem Fall von Lichen ruber planus beseitigte. H. Fendt-Wiesbaden.

Eine seltene Form von Lichen ruber planus, von C. H. Cattle-Nottingham. (B. m. J., 13. Juni 1914.) Das Leiden war bei der 32jährigen Kranken am Stamm und allen vier Extremitäten in großer Intensität verbreitet und legte auch die Diagnose Syphilis sehr nahe, um so mehr als eine Besserung erst unter der Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber eintrat. Besonders wurde diese Diagnose durch das Auftreten von silbergrauen Flecken im Munde gestützt, doch sind solche Läsionen auch sonst (M. Morris) als Erscheinungen des Lichen planus beschrieben. Weitere ungewöhnliche Läsionen waren die an den Füßen und Unterschenkeln ziemlich reichlich auftretenden kleinen bis weiße Bohnen großen Blasen. Nach dreimonatiger Behandlung wurde Patientin in guter Verfassung auf Wunsch entlassen; es ist aber seitdem wieder ein Rezidiv erfolgt. A. Philippi-Salzschlirf.

Lichen planus der Glans penis und dessen Behandlung mit Röntgenstrahlen, von Fred Wise-New York. (M. Record, 28. Febr. 1914.) Mitteilung von drei Fällen der genannten seltenen Lokalisation; in einem verschwand die Eruption unter äußerer Behandlung und Arsen; in den beiden anderen, die sich als hartnäckiger erwiesen, waren einige wenige Röntgenbestrahlungen von prompter Wirkung. W. Lehmann-Stettin.

Ein auf Maul- und Klauenseuche verdächtiger Fall, von V. Whitby. (B. m. J., 4. Juli 1914.) Ein 19jähriger Soldat, der am Handgelenk eine durch Verbrühung entstandene geschwürige Verletzung hatte, erkrankte am neunten Tage nach dem Unfall mit einem Gefühl von Brennen und alsbald folgender Blasenbildung im Munde und an den Händen. Während der folgenden 6 Tage bestand ein mäßiges Fieber bei sehr stark ausgebildeten Läsionen im Munde sowie den Händen und in geringerem Grade auch an den Füßen, Gesicht und Rumpf. Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhalts fiel allerdings negativ aus. Die Infektion war vielleicht durch einen Hund übertragen worden. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Impetigo staphylogenes Bockhart mit besonderer Lokalisation und Ausbreitung, von R. Šrámek-Prag. (Časopis lékařův českých, 1913, Nr. 51). Über den ganzen Körper, namentlich den Stamm, war eine ungeheure Anzahl von Pusteln zerstreut oder in Gruppen angeordnet; die Pusteln hatten gelben Inhalt, waren stecknadelkopf- bis bohnengroß; die kleinen waren halbkugelig, die größeren flach; letztere hatten eine zentrale Delle und manche auch eine Borke; die Haut zwischen ihnen war normal oder gerötet. Wären schwere Allgemeinerscheinungen vorhanden gewesen,

Digitized by Google

hätte man eine Impetigo herpetiformis diagnostiziert. Außer durch die Lokalisation und Menge der Pusteln interessierte der Fall auch durch den Umstand, daß man die Charaktere aller bekannten Impetigoformen finden konnte, so daß der Autor die Hypothese von MATZENAUER, die Impetigo contagiosa und BOCKHART seien nur verschiedene Reaktionen des Organismus auf dieselbe Schädlichkeit, auch auf die Impetigo herpetiformis ausdehnen und annehmen möchte, daß letztere nur bei schwächlichen Individuen (Weibmännern) vorkomme, die in so stürmischer Weise auf dieselben Schädlichkeiten reagieren. G. Mühlstein-Prag.

Herpetische Stomatitis durch Pneumokokken, von E. WEILL und A. DUFOURT. (Lyon méd., 1913, Nr. 49.) Ein 4jähriger Knabe wurde plötzlich von Schüttelfrost und Fieber unter schweren Allgemeinerscheinungen befallen. Am folgenden Tage traten kleinste Bläschen auf der Zunge auf, die sich rasch vermehrten und in den folgenden Tagen von solchen auf der Lippenschleimhaut, dem Gaumensegel und in der Umgebung des Mundes gefolgt waren. Am fünften Tage kritische Entfieberung. In den uneröffneten Bläschen wurden mikroskopisch und kulturell Pneumokokken nachgewiesen, die auch für Mäuse pathogen waren. Verfasser glauben, daß diese herpetische Stomatitis direkt durch den Pneumokokkus hervorgerufen ist und gewissermaßen, auch in klinischer Hinsicht, ein Äquivalent für eine Pneumonie darstellt. Sie ist abzutrennen von den Herpeseruptionen bei Pneumonie, bei denen auch Pneumokokken nachgewiesen wurden. R. Frühwald-Leipzig.

Über einen Befund von Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen, von BUSSON, KIRSCHBAUM, STANIEK-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 16.) Bei einem 8jährigen Mädchen trat im Verlauf einer mittelschweren, durch Nephritis komplizierten Scharlacherkrankung eine Eruption von Blasen auf, die sich vom Hals auf Thorax und Extremitäten ausbreiteten unter deutlicher Bevorzugung der Beugeseiten, und in deren ursprünglich serösem, späterhin eitrigem Inhalt Pneumokokken in Reinkultur nachgewiesen wurden. Da sich bei postskarlatinösen eitrigen Affektionen fast regelmäßig Streptokokken finden, halten die Verfasser eine sekundäre Infektion der Haut für äußerst unwahrscheinlich, erklären den Fall für einen Pemphigus acutus, hervorgerufen durch eine Invasion von Pneumokokken in die Blutbahn, wahrscheinlich ausgehend von den Rachenorganen. W. Lehmann-Stettin.

Pemphigus foliaceus, von ALFRED SCHALEK-Omaha. (The Pulse, 1914, Nr. 9.) Nach einem kurzen Überblick über das allgemeine Krankheitsbild des Pemphigus foliaceus berichtet SCHALEK über drei von ihm selbst beobachtete Fälle. Ein ungewöhnliches Symptom des ersten Falles war das intensive Jucken beim Beginn der Krankheit. Ähnlich wie bei der Epidermolysis bullosa reagierte die Haut dieses Kranken beim leichtesten Trauma mit der Bildung von Blasen. Die Behandlung, die in häufigen und prolongierten Bädern und großen Dosen FOWLERscher Lösung bestand, hatte keinen Erfolg. Exitus letalis. Bei dem zweiten Falle war dem Ausbruch der Krankheit ein nervöser Zusammenbruch, hervorgerufen durch häusliche Sorgen, vorangegangen. Die innerliche Behandlung mit starken Chinindosen blieb ohne Erfolg. Kurz vor dem Tode des Kranken beobachtete SCHALEK eine leicht grünliche Sekretion der erodierten Hautflächen. Die Untersuchung ergab Reinkulturen vom Bacillus pyocyaneus. Ein Autovakzin wurde hergestellt und zweimal gegeben. Er hatte damit ebenso wenig Erfolg wie SUTTON und GILCHRIST, die den gleichen Befund bei ihren Fällen hatten und auch mit Autovakzinen behandelten. Der dritte Fall, der zurzeit noch in Behandlung steht, wurde zuerst mit Chinin und mit Natrium kakodylic. behandelt. In letzter Zeit hat SCHALEK nach der in dieser Wochenschrift empfohlenen Methode von HOLOBUT und

Digitized by Google

Lenartowicz versucht, den Inhalt der Pemphigusblasen zur „Autoserovakziuation" zu benutzen. Er hatte den Eindruck, daß der Schlaf und Appetit des Patienten sich besserten und das Interesse an seiner Umgebung zunahm. Als wegen Mangel an Serum eine etwa 10tägige Pause gemacht werden mußte, wäre der Zustand entschieden wieder schlechter geworden. Der Versuch mit dieser Methode ist noch nicht abgeschlossen.

E. Brinitzer-Altona.

Über Dermato-Mykosen, von Feliks Malinowski. (Poln. Revue f. Dermat. und Venerol., 1913, Nr. 7—9 u. 18.) Auf Grund seiner Erfahrungen kommt der Verfasser zur Ansicht, daß verschiedene Krankheiten der unbehaarten Haut viel öfter auf mykotischer Basis beruhen, als dies gewöhnlich vermutet wird; es fiel ihm zuerst auf die scharfe Begrenzung und große Hartnäckigkeit mancher Hautleiden von ekzematösem Charakter. Das Hauptgewicht legt er auf eine minutiöse, den bakteriologischen Prinzipien genau entsprechende Untersuchung der Schuppen, deren Oberfläche zuerst genau mittelst Essigsäure, Alkohol und Äther desinfiziert und die dann nach Sabourauds Methode bearbeitet wurden. Er untersuchte 165 solcher verdächtigen Fälle, bei denen eine Mykose der behaarten Haut nicht bestand. Unter diesen 165 Fällen 53 mit positivem Befunde. Speziell wurde gefunden: Favus in 7 Fällen, Herpes tonsurans in 18 Fällen, wobei manche Herde ganz charakteristisch erschienen, die anderen erinnerten an verschiedene Ekzemformen, und gerade diese sind sehr hartnäckig und mahnen zur bakteriologischen Untersuchung. In 12 Fällen wurde unter Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln das Oidium immitis auch aus tieferen Schichten der Haut gezüchtet. Histologische Veränderungen wurden meistens in den höheren Hautschichten gefunden. Blastomyceten wurden in 3 Fällen gefunden; deren Reinkultur tötete Kaninchen und Mäuse; klinisch war das Bild der Dermatitis chronica von hartnäckigem Verlauf gegeben; vollkommene Heilung durch X-Strahlen. Sporotrichum Beurmann war in 6 Fällen, Sporotrichum Gougerot in 3 Fällen gefunden. Durch dieselben hervorgerufene Dermatosen waren klinisch nicht charakteristisch und einem seborrhoischen oder einem Gewerbe-Ekzem ähnlich; nur in zwei Fällen wurden ekthyma-ähnliche Ulzerationen beobachtet. Außerdem wurden in einzelnen Fällen von Dermatosen Aspergillus fumigatus et niger, Mucor mucedo und Dispora gefunden und zwar mit Hilfe des Kulturverfahrens. Agglutination und Komplementbindungs-R. wurden in einem Falle und zwar mit positivem Erfolge durchgeführt.

H. Rosmarin-Lemberg.

Eine neue menschliche Mykose: die Chalarose, von H. Roger, A. Sartory und P. J. Ménard. (Presse méd., 1914, Nr. 15.) Verfasser berichten über zwei Fälle, bei denen, wie bei anderen Mykosen, subkutane Knoten allmählich auftreten, längere Zeit bestanden, schließlich erweichten und perforierten. Sie bildeten dann torpide Geschwüre; aus diesen konnten die Verfasser einen Pilz züchten, den sie nach langwierigen Untersuchungen der Gruppe Chalara einreihen konnten. Die mykologischen Untersuchungen müssen im Originale nachgelesen werden. R. Frühwald-Leipzig.

Die Immunität bei Trichophytie, von Giuseppe Pecori. (Rom 1914, Manuzio.) Die Trichophytie darf nicht mehr als ein lokaler, bloß die obersten Hautschichten betreffender Prozeß angesehen werden; es gelingt bei Meerschweinchen leicht, durch eine Hautimpfung eine zeitlich nicht begrenzte Immunität zu erzeugen. Die immunisierende Kraft entspricht der Virulenz; diese ist bei verschiedenen Arten verschieden, aber auch bei Stämmen derselben Art können sich Differenzen zeigen. Es gelingt daher nicht, mit einem schwach virulenten Trichophyton Immunität gegen ein stärker virulentes zu erzeugen. Wenn durch eine einmalige Impfung keine vollständige Immunität hervorgerufen wird, so kann diese durch wiederholte Inokulationen gesteigert

Digitized by Google

werden. Die Ausdehnung des kutanen Herdes hat auf die Immunität keinerlei Einfluß; diese beginnt bei den ersten Symptomen, nimmt zu und bleibt lange nach der Abheilung des Hautherdes bestehen. Man kann die Immunität gegen Trichophyton auch durch Impfung mit Mikrosporon und Achorion erzielen. Eine Übertragung durch Vererbung oder durch die Muttermilch wurde nicht beobachtet. Bei größeren Tieren, wie Kaninchen, ist die Immunität schwerer zu erzeugen und verschwindet auch rascher. Bei Menschen ist eine komplette Immunität experimentell nicht zu erzielen; sie manifestiert sich im übrigen ebenso wie beim Meerschweinchen. Eine natürliche Immunität gibt es bei Kindern nicht, bei Erwachsenen nur in beschränktem Maße. Filtrierte Kulturen wirken auf Trichophytiekranke nur wenig, dagegen stark Extrakte alter Kulturen. Bei subkutaner Injektion von Trichophytin entsteht eine lokale und allgemeine Reaktion nur bei Kranken mit tiefer, nicht mit oberflächlicher Trichophytie. Die Intensität dieser Reaktion ist abhängig von der injizierten Dosis, von der Tiefe der Läsionen und von dem Stamme, aus dem das Trichophytin hergestellt wurde. Durch wiederholte Injektionen werden keine anaphylaktischen Symptome ausgelöst. Es gelingt aber auch, eine Intradermoreaktion mit Trichophytin bei Menschen und Tieren hervorzurufen, die im Beginn der Immunität auftritt und die Erkrankung durch Jahre überdauert. Das Serum von Kranken mit tiefer Trichophytie zeigt Komplementablenkung und Präzipitine; letztere finden sich auch bei oberflächlicher Trichophytie und in der Rekonvaleszenz. Alle diese Erscheinungen sind aber nicht spezifisch für das Trichophyton, mit dem das untersuchte Individuum infiziert ist, sondern sind allen andern Trichophytonarten, wie auch verwandten Pilzen gemeinsam (Gruppenreaktion). Durch intravenöse, intraperitoneale und subkutane Injektion von Pilzen oder von Trichophytin gelingt es nicht, das Tier zu immunisieren; dagegen gelingt es bei kutaner Infektion mit lebenden oder bei wiederholter Impfung mit abgetöteten Pilzen. Therapeutische Versuche mit lebenden oder toten Trichophytonpilzen haben keine guten Resultate gegeben, dagegen die Injektion von Trichophytin bei tiefen Prozessen. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Herausgabe der zum 60. Geburtstage von Prof. Gustav Riehl in Wien geplanten Festschrift mußte der Kriegslage wegen unterbleiben.

Oberstabsarzt Prof. Richard Lenzmann-Duisburg ist als Chefarzt des Kriegslazaretts IV (Station für Geschlechtskranke) in Brüssel tätig.

Die Privatdozenten Dr. Leopold Freund, Leiter des Laboratoriums für physikalische Therapie an der Klinik von Prof. Finger in Wien, Dr. Robert Kienböck, Vorstand des Röntgeninstitutes an der Wiener Allgemeinen Poliklinik und Dr. Moritz Oppenheim, gewesener Assistent der Klinik v. Neumann und Finger in Wien, erhielten den Titel eines a. o. Professors.

Prof. Stanislaus Prowazek, Edler von Lanow, Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg, ist infolge einer im Gefangenenlager zu Cottbus erworbenen Flecktyphusinfektion gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. März 1915 | Nr. 12 | Band 60

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903 bis 1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2470 Krätzekranken.

Von

Dr. Karl Wilke.

Zunächst sei es gestattet, einige allgemeinere statistische Angaben über die Verbreitung der Krätze in Deutschland zu machen. Ich halte mich hier an die Berechnungen, welche A. Gottstein[1]) auf Grund der „Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes" ausgeführt hat. Während der Jahre 1886 bis 1888 wurden an sämtlichen öffentlichen Krankenhäusern Deutschlands 81 364 Fälle von Skabies behandelt, von 1892 bis 1894 dagegen 189 817 und von 1898 bis 1901 wiederum 163 396 Fälle, also eine ganz gewaltige Zahl, die nicht ausschließlich auf Rechnung der Bevölkerungszunahme im Deutschen Reiche zu setzen sein wird. Pro 1000 der Erkrankungsfälle waren es in den Jahren 1886 bis 1888 43,3 Krätzefälle, 1898 bis 1901 35,8 Fälle von Skabies, also eine Abnahme der Erkrankungsziffer, die im Vergleich zu der Sicherheit und Kürze der Zeit, mit der gerade die Skabies zu heilen ist, doch sehr gering ist.

Bei Betrachtung der Krätzefälle nach ihrer ziffernmäßigen Verteilung auf die einzelnen Gebiete des Deutschen Reiches ergibt sich der vielleicht etwas überraschende Umstand, daß der minder gut beleumundete Osten Deutschlands in der Statistik viel besser dasteht als der Westen. In den Provinzen Ostpreußen, Westpreußen und Posen hat die Ziffer der Skabiesfälle nicht nur relativ (gemessen an der Zahl der Erkrankungsfälle überhaupt), sondern auch absolut abgenommen. Ähnliche, wenngleich nicht ganz so günstige Verhältnisse, zeigt auch Schlesien. Dagegen weisen die Rheinprovinz und Westfalen ein sehr starkes Ansteigen der Erkrankungsziffern auf. Das enge Zusammengedrängtsein großer Menschenmassen, wie es gerade diese Industriezentren in den

[1]) A. Gottstein, Die Beeinflussung von Volksseuchen durch die Therapie, zugleich ein Beitrag zur Epidemiologie der Krätze. M. Reform, 1911, Jahrgang 19, Nr. 3.

Digitized by Google

letzten Dezennien in wachsendem Maße zeigen, mit allen seinen sozialen Nebenfolgen, wird sicherlich dafür verantwortlich zu machen sein.

In den Jahren 1903 bis einschließlich 1910 wurden an der Leipziger Dermatologischen Klinik 2470 Personen wegen Skabies behandelt.

Davon waren 1817 männlichen, 653 weiblichen Geschlechts, das sind 73% Männer und 27% Frauen. Das männliche Geschlecht ist also fast dreimal so stark vertreten als das weibliche.

Die größere Beteiligung des männlichen Geschlechts geht auch aus den von R. BERGH[1]) im allgemeinen Krankenhause zu Kopenhagen gefundenen Ziffern hervor. Von 730 wegen Krätze behandelten Patienten waren 437 männlich, 293 weiblich; zwei andere Statistiken desselben Autors geben ähnliche Zahlen. Nach Berichten aus verschiedenen Städten, die BERGH gesammelt hat, soll sich die Zahl der an Skabies erkrankten Männer zu der der Frauen verhalten wie 2,5 — 2:1.

PETTERS[2]) hat 15417 Fälle von Krätzekranken, die während der Jahre 1863 bis 1872 an 13 Prager Krankenhäusern behandelt wurden, zusammengestellt und ähnliche Verhältniszahlen gefunden.

HEBRA[3]) gibt an, daß auf sieben krätzige Männer erst eine ebenso affizierte Frauensperson gerechnet werden könne. Daß die Frauen im allgemeinen viel weniger häufig an Skabies erkranken, wird sich wohl daraus erklären lassen, daß die Frauen mehr im Hause beschäftigt und daher auch weniger der Ansteckung ausgesetzt sind. Ferner kann man den Frauen im allgemeinen ein größeres Reinlichkeitsbedürfnis zuschreiben als den Männern. Auch besitzen Angehörige des weiblichen Geschlechts selbst in ärmlichen Verhältnissen zumeist ihre eigene Lagerstätte.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung unserer 2470 Leipziger Skabiesfälle auf die einzelnen acht Jahre.

Jahr	Männer	Frauen	Zusammen
1903	178	29	207
1904	208	38	246
1905	177	86	263
1906	155	56	211
1907	156	71	227
1908	208	88	296
1909	301	120	421
1910	434	165	599
Summa	1817	653	2470

[1]) R. BERGH, Mitteilung aus den Jahresberichten über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin von VIRCHOW 1873, Bd. 2, S. 571; 1872, Bd. 2, S. 598. — [2]) W. PETTERS, Mitteilung aus den Jahresberichten über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medizin von VIRCHOW, 1874, Bd. 2, S. 680. — [3]) HEBRA und KAPOSI, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Erlangen 1874, S. 540.

Digitized by Google

Die Zahl der Krätzekranken ist also, insbesondere in den drei letzten hier berücksichtigten Jahrgängen, immer weitergestiegen. Diese Zunahme entspricht nicht allein der Bevölkerungszunahme der Stadt Leipzig, sondern wohl auch dem mit den Jahren wachsenden Zutrauen der Bevölkerung zu der erst 1896 erfolgten Gründung der hiesigen Dermatologischen Klinik. So ist die Gesamtzahl der an der hiesigen Dermatologischen Klinik verpflegten Kranken von 1119 des Jahres 1896 auf 2538 des Jahres 1908 gestiegen[1]).

Daneben spielen sicher soziale Momente, wie Arbeitslosigkeit infolge von Streik u. dgl. keine geringe Rolle. Wie Hyde[2]) berichtet, sinkt und steigt die Zahl der Skabieskranken in den Vereinigten Staaten von Nordamerika proportional mit der Zahl der Einwanderer. Daß im Gefolge großer Menschenansammlungen, z. B. bei großen Ausstellungen und zu Kriegszeiten neben der Zunahme der Geschlechtskrankheiten auch eine solche an Krätzekranken erfolgt, ist hinreichend bekannt. Von Hyde hören wir auch, daß im Anschluß an die Weltausstellungen zu Chicago und zu St. Louis die Zahl der Krätzekranken in der Tat ganz bedeutend zugenommen habe. Dasselbe sei während und nach dem spanisch-amerikanischen Kriege zu beobachten gewesen. Bereits Petters hatte in seiner oben erwähnten Statistik die Mitteilung gemacht, daß im Jahre 1867, also kurz nach dem preußisch-österreichischen Kriege, ganz besonders viel Krätzekranke zur Aufnahme in die Prager Krankenhäuser gelangten.

Die umstehende Tabelle zeigt die Krankenbewegung in den einzelnen Monaten. Man ersieht daraus, daß die höchsten Aufnahmeziffern im Durchschnitt die Monate Februar, Januar und Dezember aufweisen. An erster Stelle steht der Monat Februar mit 40,9 Aufnahmen, dann kommen Januar und Dezember mit 39,8 und 31,3 Aufnahmen. Früher glaubte man, daß die Jahreszeiten einen direkten Einfluß auf die Erkrankung an Skabies hätten. Hebra[3]) schreibt darüber in seinem Lehrbuch: „Was die Angabe betrifft, daß man im Winter eine weniger schnelle, im Sommer eine raschere Verbreitung der Krätzmilbe und somit auch der Krätzekrankheit vorfinde, kann ich ebensowenig bestätigen. Bei uns im Wiener Allgemeinen Krankenhause sind im Gegenteil die Monate Dezember, Januar und Februar diejenigen Monate, in welchen die meisten Krätzekranken zur Beobachtung kommen;

[1]) Vgl. Rille, Klinik und Poliklinik für Syphilis und Hautkrankheiten. In: Festschrift zum 500jährigen Jubiläum der Universität Leipzig. Leipzig, S. Hirzel 1909, Bd. 3, S. 240. — [2]) Hyde, Scabies in the United States of America and Canada. Ref. Derm. Zschr., 1905, Bd. 12, S. 608. — [3]) Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten, Erlangen 1874. S. 523.

Digitized by Google

Aufnahmen während

Monat	1903			1904			1905			1906		
	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe
Januar	27	1	28	36	2	38	21	2	23	25	7	32
Februar . . .	19	4	23	34	5	39	37	12	49	20	5	25
März	11	—	11	24	4	28	16	19	35	16	6	22
April	11	3	14	16	2	18	19	12	31	14	7	21
Mai	16	4	20	11	2	13	16	9	25	7	5	12
Juni	15	—	15	14	6	20	8	2	10	14	4	18
Juli	4	1	5	9	2	11	6	1	7	12	2	14
August	3	2	5	6	1	7	3	7	10	5	2	7
September . . .	10	3	13	8	2	10	13	7	20	6	4	10
Oktober	16	4	20	19	6	25	16	5	21	10	4	14
November . . .	16	3	19	14	3	17	9	3	12	16	5	21
Dezember . . .	30	4	34	17	3	20	13	7	20	10	5	15

während die Herbstmonate August, September und Oktober das geringste Kontingent dieser Krankheit liefern."

Auch PETTERS (l. c.) berichtet, daß die meisten Krätzekranken im Winter zur Beobachtung kamen, die wenigsten im Monat August. Letztere Angabe stimmt durchwegs mit unserer Statistik überein; der Monat August weist mit nur 10,4 Zugängen im Durchschnitt tatsächlich die niedrigste Aufnahmeziffer von allen Monaten auf. PETTERS begründet dies damit, daß in den Monat August die meisten Feldarbeiten fallen. Diese Motivierung dürfte allerdings für das Leipziger Material der Krätzekranken nicht zutreffen, da sich dieses mit geringen Ausnahmen aus den in der Industrie tätigen Bevölkerungsklassen in der Hauptsache rekrutiert. Zu ganz ähnlichen Resultaten gelangte CONRADI[1]) in einer Statistik über 84 von RILLE an der Wiener Allgemeinen Poliklinik behandelte Skabiesfälle, nach der das Maximum der Zugänge auf den Monat Januar, das Minimum auf den September fällt.

Betrachtet man die durchschnittlichen Zugangsziffern bei Männern und Frauen getrennt, so wird man mit geringen Abweichungen keinen Unterschied finden. Es fragt sich nun, welche Ursachen man für das starke Ansteigen der Zugangsziffern in den Wintermonaten verantwort-

[1]) CONRADI, Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 25000 Fälle aus der dermatologischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik (Prof. Dr. RILLE), beobachtet im Studienjahre 1897/98. Dissertation, Leipzig 1906.

Digitized by Google

der einzelnen Monate.

1907			1908			1909			1910			Durchschnittszahlen der Aufnahmen von 1903—1910		
Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	Männer	Frauen	Summe	M.	Fr.	S.
16	5	21	24	9	33	35	18	53	62	29	91	30,7	9,1	39,8
25	10	35	37	20	57	27	8	35	49	15	64	31,0	9,9	40.9
14	4	18	17	11	28	41	15	56	39	7	46	22,2	8,2	30,4
18	11	29	15	4	19	26	11	37	44	13	57	20,4	7,9	28,3
11	9	20	10	7	17	19	7	26	30	9	39	15,0	6,5	21,5
7	3	10	14	6	20	19	6	25	26	7	33	13,3	4,2	17,5
16	—	16	14	2	16	18	11	29	17	11	28	12,0	3,7	15,7
10	3	13	4	3	7	11	7	18	12	5	17	6,7	3,7	10,4
4	4	8	9	9	18	18	9	27	28	2	30	12.0	5,0	17,0
10	12	22	22	2	24	26	12	38	37	21	58	19,5	8,2	27,7
13	7	20	19	6	25	30	6	36	40	23	63	19,7	7,0	26,7
12	3	15	23	9	32	31	10	41	50	23	73	23,3	8,0	31,3

lich machen kann. Einmal wird man an die in den Krankenhäusern allgemein gemachte Beobachtung denken, daß die Zahl der aufgenommenen Patienten im Winter immer größer ist als in den Sommermonaten. Dann muß man gerade bei den Männern die große Zahl der Zugereisten berücksichtigen, die in den Wintermonaten besonders hoch ist und somit teilweise die hohe Zahl der Zugänge erklärt. Von den 1817 männlichen Krätzekranken waren gegen 300 Zugereiste — d. h. nämlich stellungs- und zum großen Teil auch wohnungslose Individuen, denen ihre frisch erworbene oder zumeist schon seit längerer Zeit bestehende Skabies gerade in der kalten Jahreszeit ein willkommener Anlaß, das Krankenhaus aufzusuchen, gewesen sein dürfte, um damit die Sorge um eine warme Unterkunft und das tägliche Brot wenigstens für ein paar Tage los zu sein. Wahrscheinlich darf man der kalten Jahreszeit auch noch insofern einen indirekten Einfluß auf die Verbreitung der Krätze zuschreiben, als sie die Menschen in primitiven Wohnungsverhältnissen noch mehr als sonst zur gemeinsamen Benutzung von Schlafstätten zwingt; als Ansteckungsquelle kommt ja bei der Skabies das Zusammenschlafen ganz wesentlich in Betracht.

Ich lasse nun die statistischen Ergebnisse betreffs des Alters der Kranken folgen, und zwar für den Zeitraum von 1—25 Jahren mit Berücksichtigung jedes einzelnen Lebensjahres:

Digitized by Google

Alter	Männlich	Weiblich
bis 6 Monate	4	4
6—12 „	5	5
12—18 „	2	3
2 Jahre	6	9
3 „	14	13
4 „	11	11
5 „	6	8
6 „	8	12
7 „	7	6
8 „	10	8
9 „	11	10
10 „	14	13
11 „	7	12
12 „	12	4
13 „	12	6
14 „	13	11
1—14 Jahre	142	135
15 Jahre	24	17
16 „	57	41
17 „	61	40
18 „	117	49
19 „	141	50
20 „	156	57
21 „	128	49
22 „	110	37
23 „	115	30
24 „	105	21
25 „	70	19
15—25 Jahre	1084	410
26—30 Jahre	237	47
31—35 „	116	24
36—40 „	72	16
41—45 „	58	9
46—50 „	39	4
51—55 „	28	2
56—60 „	24	3
61—70 „	14	2
71—80 „	3	1
Es standen im Alter von 26—80 Jahren	591	108

Der jüngste männliche Krätzekranke war 6 Wochen alt, der älteste stand im 78. Lebensjahre. Der jüngste weibliche Patient war 5 Wochen, der älteste ebenfalls 78 Jahre alt. Es ist ja bekannt, daß die Skabies in jedem Lebensalter zu finden ist.

Die Zahl der Kinder beträgt 277, also ungefähr $^1/_9$ der Gesamtzahl der Krätzekranken. Vergleicht man damit die Statistiken von BERGH (l. c.), so wird dort die bedeutend viel größere Beteiligung der Kinder an

Digitized by Google

den Krätzeerkrankungen auffallen. Von 730 Skabieskranken gehörten bei Bergh 256 dem Kindesalter an; in zwei anderen Statistiken desselben Berichterstatters waren einmal unter 477 Kranken 170 Kinder, unter 353 Patienten 119 Kinder; demnach beträgt die Zahl der Kinder in den Statistiken von Bergh etwas mehr als $^1/_3$ von der Gesamtzahl gegenüber $^1/_9$ in unserer Statistik. Die geringere Frequenz von seiten krätzekranker Kinder der Leipziger Dermatologischen Klinik ist dahin zu erklären, daß die Mehrzahl der Skabiesfälle des Säuglingsalters der poliklinischen Behandlung zugeführt wird und daß wohl auch ein größerer Prozentsatz des einschlägigen Krankenmaterials von der hiesigen pädiatrischen Klinik absorbiert wird.

Von den 277 Kindern standen im ganzen 18 im ersten Lebensjahr, also ungefähr ein Fünfzehntel. Diese Zahl steht ungefähr in der Mitte zwischen den von Bergh gefundenen Zahlen; von 256 Kindern gehörten nach seinen Ermittlungen $^1/_9$, von 170 Kindern in einer anderen Statistik $^1/_{17}$ dem ersten Lebensjahre an. Vom ersten Lebensjahre an sollen dann nach Bergh die Zahlen sinken, um sich mit der Schulzeit wieder zu erheben und vom 10. bis 15. Jahre wieder zu sinken.

Ein derartiges Verhalten kann aus unserer Statistik nicht herausgelesen werden; es zeigt sich vielmehr hier ein ziemlich regelloses Fallen und Steigen, das zu greifbaren Schlußfolgerungen keine Handhabe bietet.

Betrachtet man den Anteil beider Geschlechter an den Erkrankungen im Kindesalter, so ergibt sich folgende interessante Tatsache. Unter den 277 Kindern waren 142 Knaben und 135 Mädchen. Obwohl das weibliche Geschlecht bei der Gesamtzahl der an Skabies Erkrankten nur mit 27% beteiligt ist, zeigt es hier im Kindesalter fast die gleiche Anzahl wie das männliche. Auch Bergh berichtet in dieser Beziehung ganz ähnliches. Solange also Knaben und Mädchen unter den ziemlich gleichartigen, mehr oder minder unhygienischen Verhältnissen im Elternhause leben, sind sie natürlich auch in der gleichen Weise der Infektion mit Skabies ausgesetzt. Dieses Verhalten ändert sich, sobald die Kinder die Schule und damit auch, was besonders für die Knaben zutrifft, ihr Elternhaus verlassen. Wir sehen hier erstens bei beiden Geschlechtern ein ganz rapides Ansteigen der Erkrankungsziffern, das merkwürdigerweise beim männlichen wie beim weiblichen Geschlechte im gleichen Jahre, nämlich im 20. Lebensjahre, sein Maximum erreicht. Ferner beobachtet man, wie das weibliche Geschlecht betreffs der Erkrankungsziffer, obwohl dieselbe vem 14. Lebensjahr an ganz erheblich zunimmt, doch gegenüber dem männlichen Geschlecht gewaltig zurückbleibt.

Digitized by Google

Schon das 15. und 16. Lebensjahr zeigt bei den Männern eine erheblich größere Zahl an Krätzeerkrankungen als bei den Frauen; im 18. Lebensjahr ist diese Zahl mehr als doppelt so groß, im 20. Lebensjahr schon verdreifacht.

Es ist klar, daß dieser Unterschied kein nur zufälliger sein kann. Dieser Unterschied ist begründet in der viel ungebundeneren und damit auch allen Gefahren und Ansteckungen ausgesetzten Lebensweise, die für die Knaben mit der Schulentlassung beginnt, während die Mädchen auch in der Großstadt größtenteils nach dem Abgange von der Schule im Elternhause verbleiben.

Von den 1817 männlichen an Krätze erkrankten Individuen standen 1084, also 60%, zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre, von den 653 weiblichen Kranken 410, also 63%. Nach PETTERS (l. c.) sind besonders die Altersstufen bis zum 30. Lebensjahr von Skabies befallen. Er erklärt dies damit, daß in diesen Zeitraum gerade die Lehr- und Gesellenjahre bei den Tagelöhnern und Handwerkern fallen, nach dessen Ablaufe sich die meisten dieser Gesellschaftsklasse Angehörigen eines eigenen Haushaltes erfreuen. BERGH (l. c.) berichtet, daß ein Viertel aller Patienten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre stand. Das bedeutende Überwiegen der jugendlichen Patienten bestätigen auch RILLE und CONRADI (l. c.).

In einer von C. H. FUCHS[1]) angeführten Statistik waren von 1842 Krätzekranken 1342 zwischen 15 und 25 Jahren, also fast drei Viertel sämtlicher Patienten. Diese Ziffern sind aber mit Vorsicht zu beurteilen, da dieser einer älteren Epoche angehörige Autor unter dem Namen Krätze („Psoriden") wohl noch verschiedene andere durch Kratzeffekte, Pusteln und Krusten charakterisierte Dermatosen subsumieren dürfte und sogar von Krätzemetastasen und Krätzetod zu berichten weiß.

Vom 25. und besonders vom 30. Lebensjahre ab sehen wir dann die Skabies allmählich seltener werden, wenn auch nicht vollständig verschwinden. Daß die Skabies im Greisenalter nur selten beobachtet wird — von den 2470 Patienten unserer Statistik waren 4 (3 Männer und 1 Frau) über 70 Jahre alt — ist begreiflich. Wir stimmen JADASSOHN[2]) bei, welcher sagt, daß der so häufig zur Infektion auch mit Acarus scabiei Anlaß gebende extramatrimonielle Verkehr in diesem Alter im allgemeinen ebenso selten ist wie das aus sozialen Gründen erfolgende Zusammenschlafen.

Die meisten Autoren, die über Skabies geschrieben haben, machen Angaben darüber, daß die Krätze gewisse Berufsklassen bevorzuge.

---

[1]) C. H. FUCHS, Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840, S 602. — [2]) JADASSOHN, Art. „Hautkrankheiten" in Lehrbuch der Greisenkrankheiten, hrsg. v. SCHWALBE. Stuttgart 1909, S. 797.

Digitized by Google

Ich lasse deshalb aus unserem Leipziger Materiale eine statistische Übersicht über die Beteiligung der einzelnen Berufe und Gewerbe an den Krätzeerkrankungen folgen, geordnet nach der Häufigkeit ihrer Beteiligung. Zweckmäßig werden hierbei die Zugereisten und Ausländer gesondert anzuführen sein, da mir dieses für die Beurteilung, ob wirklich gewisse Berufe der Infektion mit dem Sarcoptes scabiei ganz besonders ausgesetzt sind, wesentlich erscheint.

Beruf	Zusammen	Davon waren	
		Zugereiste	Ausländer
1. Arbeiter	445	79	107
2. Schlosser, Schmiede	122	35	—
3. Studenten	110	—	11
4. Kellner	80	5	1
5. Kaufleute	61	11	3
6. Handels-, Geschäfts-Gehilfen	58	4	—
7. Markthelfer	48	1	—
8. Hausdiener, Laufburschen	45	9	—
9. Schneider	45	9	1
10. Stallschweizer, Knechte	43	11	—
11. Handelsleute, Reisende, Hausierer	41	6	6
12. Bäcker	40	15	—
13. Tischler	38	10	—
14. Geschirrführer, Kutscher	35	7	—
15. Maurer	31	5	—
16. Maler, Lackierer, Polierer	29	9	—
17. Schuhmacher	27	3	—
18. Schriftsetzer	27	3	—
19. Kontoristen, Schreiber	27	1	—
20. Elektrotechniker, Monteure, Mechaniker	24	1	1
21. Klempner	23	2	—
22. Buchbinder	19	2	—
23. Buchdrucker	18	—	—
24. Former	18	5	—
25. Fleischer	17	5	—
26. Barbiere, Friseure	16	1	—
27. Musiker	16	1	—
28. Gärtner	12	1	—
29. Zimmerleute	11	3	—
30. Kürschner	10	2	—

Die übrigen Krätzekranken verteilen sich auf folgende Berufe: 9 Beamte, 7 Briefträger und Postillione, 7 Sattler, 7 Zeichner, 6 Tape-

Digitized by Google

zierer, 6 Brauer, 6 Drechsler, 5 Köche, 5 Töpfer, 5 Postassistenten, 5 Komiker und Schausteller, 5 Packer, je 4 Glaser, Graveure, Ingenieure, Pfleger, 3 Müller, je 2 Drogisten, Uhrmacher, Böttcher, Stellmacher, Schauspieler, je 1 Zahnarzt, Bildhauer, Invalide, Konzertunternehmer.

Daß von allen Berufen in unserer Statistik die Arbeiter die größte Erkrankungsziffer an Skabies zeigen, ist nicht verwunderlich. Der Begriff des Arbeiters ist indes ein sehr weitläufiger und vielgestaltiger, so daß auch in vielen anderen Statistiken die „Arbeiter" an der Spitze stehen. Auch in der Statistik von PETTERS (l. c.) stellen die Tagelöhner das größte Kontingent. Die große Zahl der Ausländer unter den Arbeitern, rund ein Viertel, ist zum Teil auf Rechnung der polnischen und galizischen Landarbeiter zu setzen, die in der Umgebung von Leipzig auf den verschiedenen Gütern während der Sommermonate beschäftigt und zwecks Behandlung ihrer größtenteils schon aus ihrer Heimat mitgebrachten Skabies dem Leipziger Krankenhause überwiesen werden.

Nächst den Tagelöhnern werden nach PETTERS (l. c.) besonders die Handwerker von Krätze befallen, meist unverheiratete Individuen, die Arbeit, Mahlzeit und Lager miteinander teilen; und zwar hat PETTERS die Skabies häufiger bei Handschuhmachern, Schlossern, Schmieden, Schustern und Tischlern gefunden als bei Gärtnern, Maurern oder Zimmerleuten. Nach C. H. FUCHS (l. c.) werden besonders oft Weber, Wollenarbeiter, Schneider und Schuster von Skabies befallen; wie es scheine „aber mehr, weil das Kontagium in diesen Gewerben, namentlich in ihren Herbergen, einmal eingebürgert ist, als deshalb, weil ihre Beschäftigung die Entstehung der Krankheit begünstigt". BERGH (l. c.) fand in seiner Statistik die Krätze von allen Handwerkern am häufigsten bei Schuhmachern und Schmieden, selten dagegen bei männlichen und weiblichen Zigarrenarbeitern.

Nächst den Arbeitern kommen in unserer Statistik die Schmiede und Schlosser; sie stellen von allen Handwerkern die meisten Krätzefälle. Auffallend ist bei den Schlossern die große Zahl der Zugereisten, die fast ein Drittel der Gesamtzahl beträgt und wohl auch teilweise die Ursache für die hohe Erkrankungsziffer der Schmiede und Schlosser abgibt. Von den Metallarbeitern, zu denen ja die Schmiede und Schlosser gehören, ist es bekannt, daß sie viel wandern, gezwungen durch die häufigen Streike und die gerade in diesem Industriezweige rasch wechselnde Lage des Arbeitsmarktes.

An dritter Stelle unserer Statistik stehen die Studenten[1]) mit 110 Krätzefällen. Berücksichtigt man die bedeutende Häufigkeit von

[1]) In dem gleichen Zeitraume sind in der Dermatologischen Universitätspoliklinik von Hrn. Prof. RILLE 118 Studenten wegen Krätze behandelt worden.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten unter den Studierenden, andererseits die Wohnungsverhältnisse, die bei einer großen Zahl der in Großstädten lebenden Studenten nichts weniger als hygienisch sind, so wird man sich nicht wundern, daß auch die Skabies hier zahlreiche Opfer findet.

Ähnliche Gründe dürften vielleicht in noch viel höherem Grade für die starke Beteiligung der Kellner an den Krätzeerkrankungen maßgebend sein. Wenn es berechtigt ist, aus einer großen Anzahl von geschlechtlichen Erkrankungen auch auf eine entsprechend hohe Zahl von Krätzefällen zu schließen, so müssen hier besonders die Kellner in Betracht kommen. So berichtet Schwiening[1]), daß in der Berliner Ortskrankenkasse seit Jahren eine erschreckende Zunahme der Geschlechtskrankheiten gerade unter den Angehörigen des Gastwirtspersonals zu beobachten ist, so daß man geradezu von einer Berufskrankheit dieser Branche sprechen kann. Während die Mitgliederzahl seit 1902 nur um 19% gestiegen ist, hat sich die Zahl der luetischen Erkrankungen beim männlichen Geschlecht verfünffacht.

Von den 61 Kaufleuten, die in unserer Statistik an fünfter Stelle stehen, gehört die größere Anzahl der Klasse der kleinen, umherziehenden Handelstreibenden an. Daß diese, ebenso wie die als Handelsleute, Reisende oder Hausierer angeführten Patienten, besonders leicht und häufig von der Krätze befallen werden, ist wohl ohne weiteres ersichtlich.

Bei der verhältnismäßig hohen Zahl der an Krätze erkrankten Stallschweizer und Knechte, wie auch der Geschirrführer und Kutscher könnte vielleicht daran gedacht werden, daß hier in manchen Fällen die Ansteckung von den an Räude erkrankten Tieren erfolgt ist.

Die Schneider, die nach der Angabe der meisten Autoren besonders häufig an Skabies erkranken sollen, stehen in unserer Statistik nicht ganz so ungünstig da; doch dürften hier örtliche Verhältnisse einen großen Einfluß ausüben. Hierzu bemerkt Epstein[2]): „Die Behauptung Adlers von dem auffallend häufigen Vorkommen der Krätze bei den Schneidern in Wien, kann ich nach der Münchener Statistik der Zwangskasse nicht bestätigen; doch spielt dabei die Verschiedenheit des Materiales eine große Rolle."

Betreffs der Beteiligung der Schuhmacher an den Krätzeerkrankungen, die auch nach den Angaben vieler anderer Autoren eine ungewöhnlich große sein soll, berichtet Sternberg[3]). Er bezeichnet die Skabies als eine Berufskrankheit der Schuster. Unter 2155 Fällen von

[1]) Schwiening, Medizinische Statistik und Demographie. Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin, 1910, Bd. 1, S. 480. — [2]) Epstein, in Handbuch der Arbeiterkrankheiten, hrsg. v. Weyl, Jena 1908, S. 413. — [3]) Sternberg, ebenda, S. 404.

Digitized by Google

Krätze, die beim Krankenkassenverband Wiens mit einem Mitgliederstand von 124 000 Personen beobachtet wurden, seien in den Jahren 1900 bis 1904 837 Schuster, also 38,9% gewesen, während alle Schuster zusammen nur 10,8% der gesamten Mitglieder ausmachen. Die Ursache liege darin, daß das Schlafgängerwesen bei den Schustergesellen ungemein verbreitet sei, und daß die Schuster, die eine eigene Wohnung besitzen, mit Vorliebe Berufsgenossen als Schlafgänger aufnehmen. Außerdem sei in den kleingewerblichen Betrieben, wo der Meister Kost und Wohnung gibt, das Zusammenschlafen mehrerer Gesellen in einem Bette üblich. In unserer Statistik stehen die Schuhmacher verhältnismäßig günstig da; sie kommen mit nur 27 Krätzefällen erst an 17. Stelle. Dieser Unterschied gegenüber den anderen Angaben ist wohl darin begründet, daß entsprechend dem Aufblühen der großindustriellen Betriebe die Zahl der selbständigen Schuhmacher in den Großstädten immer mehr abnimmt. Damit verringert sich natürlich auch die Zahl der bei ihrem Meister wohnenden Gesellen und Lehrlinge, auf deren Rechnung die große Häufigkeit der Skabies bei den Schustern zu setzen war.

Bei den Frauen verteilen sich die Krätzefälle auf folgende Berufe:

	Zusammen	Zugereiste	Ausländer
Prostituierte	184	—	—
Arbeiterinnen	122	2	28
Dienstmädchen, Stubenmädchen, Köchinnen	79	1	1
Kellnerinnen	23	1	—
Schneiderinnen, Näherinnen	18	—	—
Kontoristinnen, Kassiererinnen	10	—	—
Verkäuferinnen	10	—	—
Stützen, Wirtschafterinnen	7	—	—
Mägde	6	—	—
Reisende, Händlerinnen	5	1	1
Sängerinnen	3	—	—
Putzmacherinnen	2	—	—
Kinderfräulein	2	—	—

Außerdem je 1 Masseuse, Friseuse, Plätterin, Artistin.

Dazu kommen 34 Ehefrauen und 5 Witwen; von ersteren sind 15 Arbeiterfrauen und 3 Kellnersehefrauen. Die höchste Erkrankungsziffer an Skabies weisen bei den Frauen in unserer Statistik die Prostituierten auf. Es ist klar, daß die Prostituierte infolge ihres Berufes der Ansteckung mit Krätze sehr leicht ausgesetzt ist; viel

Digitized by Google

häufiger wird es allerdings vorkommen, daß eine krätzekranke Dirne die sie besuchenden Männer neben einer Geschlechtskrankheit auch noch mit Skabies infiziert.

Wie zu erwarten, stehen in dieser Statistik nächst den Prostituierten die Arbeiterinnen an der Spitze, die große Zahl der ausländischen Arbeiterinnen erklärt sich aus denselben Gründen wie bei den männlichen Arbeitern.

Eine plausible Erklärung läßt sich für die Häufigkeit der Krätze bei den Dienst- und Hausmädchen, die in unserer Statistik an dritter Stelle kommen, nicht anführen. Dagegen wird die verhältnismäßig beträchtliche Beteiligung der Kellnerinnen an den Krätzeerkrankungen nicht besonders überraschen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Praxis.

Über Embarin in der Privatpraxis.

Von

Dr. med. K. Thümmel, Spezialarzt für Harn- und Hautleiden, Leipzig.

Bei meinen Versuchen, die ich an 31 dazu geeigneten Kranken angestellt, habe ich das Mittel nie subkutan, sondern stets nur intramuskulär gegeben, die Injektionen in der üblichen Weise natürlich streng aseptisch in die Nates gemacht, meist in Serien von 15 Einspritzungen anfangs stets einen Tag um den andern, und zwar immer die volle Dosis. Später in Fällen, wo ich von der Toleranz überzeugt war und wo die Zeit drängte, täglich, in 2 Fällen auch einen Tag um den andern die doppelte Dosis, ohne Beschwerden damit zu verursachen. Unter den Patienten waren einige sehr empfindliche und ängstliche, fast alle aber haben die Injektionen ohne Beschwerden und ohne örtliche Reizerscheinungen vertragen. Selten wurde über Schmerzen an den Injektionsstellen geklagt und dann auch nur ganz vorübergehend; Infiltrate habe ich nur in 2 Fällen gesehen, die jedoch nicht schmerzhaft waren und in keiner Weise mit den bei Anwendung von Hg salicylic. entstehenden zu vergleichen waren. Eine Patientin mit sehr stark entwickeltem Pannicul. adipos. vertrug, nachdem ich ihr erst eine Injektion mit Hg salicylic. gemacht hatte, die eine so starke Reaktion hervorrief, daß sie sich zu einer Fortsetzung einer Injektionskur nicht verstehen wollte, die Embarinkur tadellos, obgleich ich ihr nach Ausprobierung der Verträglichkeit stets die doppelte Dosis injizierte[1]). Es trat nur eine ganz leichte Stomatitis auf. Im übrigen kamen Stomatitiden so gut wie gar nicht zur Beobachtung, im ganzen nur 3mal, und zwar so geringen Grades, daß eine Unterbrechung der Kur nicht stattzufinden brauchte. Von den beiden Patienten, bei denen Infiltrate aufgetreten, bekam ich den einen, der die erste Kur vor $^3/_4$ Jahren gemacht hatte, jetzt zu einer erneuten Embarinkur in Behandlung, dabei

[1]) Das Hg steht in lockerer Bindung zu dem Benzolkern und wird leichter abgeschieden, wodurch eine schnellere Resorption und raschere Wirkung bedingt wird.

Digitized by Google

fand ich die Infiltrate noch deutlich vor, sie verursachten aber bei der jetzigen Kur absolut keine Beschwerden. Erscheinungen von seiten des Darmtraktes habe ich nicht beobachtet, jedoch in 2 Fällen Erscheinungen von seiten der Nieren, und zwar starke Albuminurien gegen Ende der Kur, die mich zum Abbrechen der Behandlung veranlaßten, worauf dann die Albuminurien bald wieder nachließen und verschwanden. Auf diese beiden Fälle komme ich später noch einmal zurück.

Jedenfalls kann man behaupten, daß das Embarin die eine Bedingung, die an ein brauchbares Hg-Präparat gestellt werden muß, die Schmerzlosigkeit und die Verursachung höchstens geringer äußerer Beschwerden, in weitem Maße erfüllt. Dabei kommt in Betracht, daß alle Patienten ambulant behandelt wurden, immer ihrer Arbeit nachgingen und den damit verbundenen Schädlichkeiten ausgesetzt waren, wohl kaum stets die notwendige Mundpflege ausführten. An dieser Stelle möchte ich noch einen Fall erwähnen, der insofern bemerkenswert ist, als es sich um das Zusammentreffen einer Lues mit einer floriden Lungentuberkulose handelte. Der Patient, ein schmächtiger, sehr empfindlicher, 26 Jahre alter Gärtner von ziemlich herabgekommenem Ernährungszustand mit Temperaturen von 38,2—38,7, bei dem mir allerdings unklar war, ob das Fieber eben damals allein der Tuberkulose zuzuschreiben war oder eine Begleiterscheinung des Ausbruches der Syphilis war, und an dessen Behandlung ich mit unsicheren Gefühlen heranging, vertrug die Embarinkur in auffallend guter Weise, nicht nur, daß die manifesten luetischen Erscheinungen sehr schnell schwanden, nach der 6. Injektion war auch die Temperatur auf 37—37,3 herabgesunken und hielt sich so bis zum Ende der Kur, um nach einigen Wochen nach der Beendigung wieder zu steigen. Appetit und das ganze Allgemeinbefinden hatten sich schnell gehoben, so daß ich ihn in recht befriedigendem Zustand aus der Behandlung entlassen konnte. Bemerkt sei noch, daß, obwohl nach der Kur die Wassermann-Reaktion noch stark positiv war, Rezidive bis Ende 1913 — die Kur fand im April/Mai 1913 statt — nicht auftraten.

Die zweite Forderung, die wir an ein gutes Quecksilberpräparat stellen, ist die prompte Wirkung. Was diese nun anbetrifft, so kann man mit dem Embarin recht zufrieden sein, wie auch von anderer Seite bestätigt wird. In den meisten Fällen trat ein Rückgang der Symptome sehr bald ein, in einzelnen sogar erstaunlich schnell. Um mir ein Bild von der reinen Wirkung des Embarins machen zu können, habe ich von meinen frischen Luesfällen versucht, so viele als möglich nur mit Embarin zu behandeln. In 17 Fällen habe ich es durchführen können, während ich bei den übrigen Neuinfektionen gleich mit einer kombinierten Behandlung beginnen mußte. Eine Besserung der Symptome konnte ich einige Male schon nach der 2. Injektion deutlich bemerken, so in 2 Fällen von Laryngitis luetica, bei denen eine auffallende Verminderung der Heiserkeit zu konstatieren war. Exantheme, Roseolen verschwanden je nach ihrer Intensität nach der 4.—7., in 2 Fällen nach der 9. Injektion als spätestem Termin. Ulzera und Sklerosen gewöhnlich nach der 9.—12. meist mit Hinterlassen eines geringen Ödems. Dasselbe Verhältnis zeigte sich auch bei den Papeln. In einem Falle blieben Condylomata lata ad labia majora noch nach der 15. Injektion zurück, allerdings bestand in diesem Falle noch ein sehr starker Fluor, der wohl an der langsamen Heilungstendenz schuld sein konnte. Ein Fall von Akustikusstörung (Ohrensausen und Schwerhörigkeit) wurde mit 15 Injektionen so gebessert, daß die Schwerhörigkeit ganz entschwunden war und nur noch geringes Ohrensausen bestand. Ein frischer Fall von typischer Alopecia luetica kam nach der 7. Injektion zum Stillstand. Luetische Anginen heilten nach 6—9 Tagen ab. Zwei große Indurationen bei bestehender Phimosis, die nicht operiert wurden, waren nach 15 Injektionen um $^2/_3$ zurückgegangen. Von den übrigen Fällen, die entweder gleichzeitig mit Salvarsan oder die früher schon Kuren

Digitized by Google

durchgemacht, seien nur 2 erwähnt, zwei Frauen, die eine an dauernden Kopfschmerzen, die andere an Kopfschmerzen und Haarausfall leidend. Bei beiden hatte die Embarinkur keinen wesentlich bessernden Einfluß. Die Fälle, die gleichzeitig mit Salvarsan behandelt wurden, heilten prompt ab, ohne daß man bei ihnen eben sagen kann, welchem der beiden Mittel der Hauptanteil beizumessen war.

Von Rückfällen, die ja selbstverständlich auftraten, sah ich nur einen ungewöhnlich früh, nach nicht ganz 6 Wochen Ekzema penis, ulzerierten Papeln am Skrotum. Die WASSERMANNsche Blutuntersuchung konnte leider aus äußeren Gründen, es handelte sich zumeist um Kassenpatienten, im Anschluß an die Kur nur wenig ausgeführt werden; die beiden Male, wo ich sie aus besonderem Interesse direkt nachher vorgenommen habe, war der Ausfall nach 15 Injektionen doch noch stark positiv.

Sah man bei der Anwendung des Embarins weniger Hg-Nebenwirkungen, wie wir sie bei anderen Präparaten öfter beobachten können, Infiltrationen, Stomatitiden und Darmerscheinungen, so fiel dagegen in einzelnen Fällen mehr eine Beeinflussung des Allgemeinbefindens in die Augen, wiederholt traten Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Erbrechen, Quecksilberexantheme und Temperatursteigerungen auf, bald in geringerem, bald höherem Grade entweder gleich nach den ersten Injektionen oder erst nach den späteren. Die Temperatur stieg in 3 Fällen sehr hoch bis über 40°; meist waren diese Nebenerscheinungen vorübergehender Natur. Die Patienten befanden sich am anderen Tage wieder wohl, und die Kur konnte unbeanstandet fortgesetzt werden, ohne daß eine derartige Reaktion wieder auftrat. Diesen leichten Grad von Intoxikationserscheinungen konnte ich unter meinen Patienten 7mal beobachten, und zwar gleich nach der 1. und 2. Injektion traten in 5 Fällen Schwindel, Fieber und Kopfschmerzen auf, bei einem wiederholte sich dieser Zustand später noch einmal bei der 8.—10. Injektion, wobei sich ein skarlatinaähnliches Exanthem hinzugesellte, das einige Tage anhielt. In 2 Fällen trat nach der 1. Injektion eine bedeutende Verstärkung der vorhandenen Hautaffektionen, eine ausgesprochene HERXHEIMER-Reaktion auf. die bei dem einen Patienten ca. 7 Tage anhielt, bei dem anderen aber nach kurzer Frist wieder zurückging.

An und für sich können ja diese Nebenerscheinungen nicht wundernehmen, wenn man erwägt, daß eine so reichliche Quecksilbermenge, wie sie das Embarin in löslicher Form enthält, schnell dem Körper einverleibt wird und eine ebenso rasche Wirkung entfalten kann.

Bei 3 Patienten machte sich jedoch eine kumulierende Wirkung des Mittels bemerkbar, und es traten, nachdem anfangs das Präparat gut vertragen worden war, schwere Erscheinungen auf, die zu einem Sistieren der Behandlung zwangen.

Bei einem 33 Jahre alten kräftigen Manne mit einer frischen Lues stellte sich nach der 4. Injektion ein mäßiges Fieber ein, das wieder verging, so daß am nächsten Tage Patient sich wieder wohl fühlte; von der 7. Injektion ab aber trat es in verstärktem Maße auf, stets mit Schüttelfrost beginnend, das erstemal von einigen Stunden Dauer, das zweitemal bis spät in die Nacht. Am anderen Tage Wohlbefinden, nach der 9. Injektion trat wieder hohes Fieber mit anhaltenden starken Kopfschmerzen auf. Der Patient machte am anderen Tage den Eindruck eines Schwerkranken. Eiweiß fand sich nicht im Urin. Die Kur wird abgebrochen.

Im 2. Falle handelte es sich um ein 28jähriges schwächliches Mädchen, dessen Lues, über 1 Jahr bestehend, bisher unbehandelt geblieben war. Vor $^1/_2$ Jahre Partus eines 6 Monate alten luetischen Kindes. Zurzeit bestand ein kleines Ekzem hinter beiden Ohrmuscheln. WASSERMANN ++++, die ersten 7 Embarininjektionen verliefen reaktionslos, nach der 7. fing Patientin an, über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle zu klagen, die aber am nächsten Tage stets wieder vorüber waren. Die Anfälle wiederholten sich bei den folgenden Injektionen, dazu trat zeitweise Brechreiz auf. Erst nach der 12. Injektion, als ein über den ganzen Körper sich ausbreitendes skarlatiniformes

Digitized by Google

Exanthem, das nachts stark juckte, sich einstellte, das Gesicht gerötet und aufgedunsen war, stellte ich die Injektionen ein. Der Urin enthielt sehr viel Albumen. Nach 8 Tagen war der Harn wieder frei von Eiweiß.

Der 3. Fall betraf ein 13jähriges Mädchen mit Lues secundaria, Infektion unbekannt, das mit einer schweren Angina luetica und starkem, über den ganzen Körper verteiltem Exanthem in meine Behandlung trat. Primäraffekt nicht zu finden, WASSERMANN ++++. Die ersten 4 Injektionen, trotzdem die volle Dosis in 3tägigen Abständen gegeben wurden, vertrug das Kind gut, nach der 5. — Exanthem und Angina waren fast abgeheilt — trat unter Obstipation, Leibschmerzen bei 40° Fieber ein skarlatiniformes Exanthem über den ganzen Körper auf, ein Zustand, der nach Angaben der Mutter 3 Tage anhielt. Als ich die Patientin wieder sah, fühlte sie sich vollkommen wohl. Nach der 6. Injektion wiederum starke Reaktion, 40° Fieber, angeblich Schwellung des Gesichtes. Diesmal dauerten die Intoxikationserscheinungen ebenfalls 3 Tage. Danach wieder Wohlbefinden. Das Fieber hatte gleich $^1/_2$ Stunde nach der Injektion eingesetzt. Bei der nächsten Injektion, bei der ich nur $^1/_2$ Dosis verwendete, stieg die Temperatur auf 39° an, ebenso das nächste Mal. Das Exanthem war jetzt wieder vollständig verschwunden, dafür traten sofort nach den Injektionen flüchtige Ödeme des Gesichts und der Hände auf mit blauroter Verfärbung. Nach der 9. Injektion wiederum hohes Fieber, sofort Ödem des Gesichtes und der Hände. Blaurote Verfärbung der Lippen und des ganzen Gesichtes und Angstgefühle. An der Injektionsstelle war noch eine handtellergroße hellrote Verfärbung sichtbar, als ich das Kind in den nächsten Tagen wieder zu sehen bekam.

Im Urin sehr viel Albumen, das aber, nachdem jetzt die Kur abgebrochen wurde, bald wieder verschwand. Später habe ich dem Mädchen reichlich 0,2 Salvarsan intravenös gegeben, das gut ohne besondere Reaktion vertragen wurde. Bis jetzt ist es bei dem Kinde noch zu keinem Rezidiv gekommen.

Jedenfalls können wir das Embarin als ein recht brauchbares neues Mittel in der Syphilistherapie betrachten, das eine fast schmerzlose Anwendung gestattet und dessen Wirkung als eine vorzügliche zu bezeichnen ist, jedoch eine vorsichtige Kontrolle bei der Anwendung erfordert.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Zentralblatt.

1914, Jahrg. 18, Nr. 2.

Beitrag zur Behandlung des Fluor albus mit Bolus-Biozyme, von JOHANN MEYER-Hamburg. Bolus-Biozyme ist ein aus gärkräftiger Kulturhefe, Zucker und sterilisiertem Boluspulver hergestelltes Präparat, das zur Trockenbehandlung der Scheide nach NASSAUER verwendet wird. Seine Wirkung ist eine Kombination der Bolus- und Hefewirkung mit der durch den Zucker verursachten Gärung, bei der sich Alkohol und Kohlensäure bilden, wodurch die Sauerstoff bedürfenden Bakterien in ihrer Entwicklung gehemmt werden.

Gibt es eine Disposition zur Lues? von PAUL COHN-Charlottenburg. Der Verfasser meint, daß ein hydropischer Zustand der Haut das Zustandekommen einer luetischen Infektion erleichtere.

1914, Jahrg. 18, Nr. 3.

Über Kombustin (WINTER), von SCHAUER-Schönau. SCH. empfiehlt das „Kombustin WINTERS" eine aus Alumen, Wißmut und Zink hergestellte Paste zur Behandlung von Brandwunden, nässenden und intertriginösen, sowie rhagadiformen Ekzemen und von varikösen Beingeschwüren. H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 15, H. 11.

Prophylaxe der venerischen Krankheiten in Australien vom Standpunkt der öffentlichen Hygiene, von Burnett Ham. Die im Jahre 1910 begonnene staatliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Viktoria, Australien, wurde eingeleitet durch Einführung einer obligatorischen, aber zunächst anonymen Anzeigepflicht aller innerhalb eines Jahres zur Behandlung kommenden Fälle von Lues aller Stadien und Formen. Jeder Anzeige wurde eine Blutprobe beigefügt, die von staatlichen Instituten auf die Wassermann-Reaktion geprüft wurde, um einer Überschätzung vorzubeugen. Außerdem wurden an einigen klinischen Instituten systematische Blutuntersuchungen aller Patienten vorgenommen. Die Zahl der positiven Wassermann-Reaktionen betrug 5 % der gesamten Bevölkerung. Die im Anschluß hieran vorgenommenen prophylaktischen Maßnahmen bestehen in: Verbot der Behandlung Geschlechtskranker durch nicht approbierte Personen, Bestrafung der wissentlichen Übertragung der Krankheit, Erleichterung der Behandlung durch Schaffung staatlicher Institute. Eine obligatorische Anzeigepflicht wird als notwendig angesehen und ihre Einführung in Aussicht genommen.

Die nächsten neuen praktischen Ziele und Aufgaben bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Richter-Königsberg. Als die wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bezeichnet Richter die Aufklärung und die Erleichterung der Behandlung. Bei der Aufklärung ist die Heilbarkeit der Geschlechtskrankheiten durch sachgemäße Behandlung zu betonen, um die Kranken vor Vernachlässigung und Kurpfuscherbehandlung zu bewahren. Die Schaffung genügender, unentgeltlicher Behandlungsmöglichkeiten müßte von Staatswegen geschehen, da dieser, und nicht die Gemeinden, das meiste Interesse an der Erhaltung der Gesundheit und der gesunden Fortpflanzungsfähigkeit seiner Bürger hat.

Bd. 16, H. 1.

Verhandlungen der 12. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Leipzig, den 19.—21. Juni 1914.

1. Die Prostitution der jugendlichen Mädchen, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung, von Rupprecht-München. Für die Kenntnis der Prostitution jugendlicher Mädchen ergaben sich aus den zurzeit bestehenden Verhältnissen folgende Tatsachen: Die minderjährigen Dirnen treiben ihr Gewerbe geheim, sie unterstehen nicht der sittenpolizeilichen Kontrolle. Ihre Zahl ist ungewöhnlich groß; sie beträgt mehr als die Hälfte aller geheimen Prostituierten. Die Mädchen entstammen den Kreisen der Arbeiterschaft und vor allem der ländlichen Bevölkerung, sie kommen größtenteils als Dienstmädchen in die Städte. Sie werden daher nicht durch soziale Not, sondern durch Verführung, der sie, unerzogen und ungebildet, putz- und genußsüchtig und ohne Kenntnis der geschlechtlichen Dinge und Gefahren, leicht zum Opfer fallen, der Prostitution in die Arme getrieben. Die jugendlichen Dirnen sind in überwiegender Anzahl geschlechtskrank. Sie bilden also eine Gefahr für die Allgemeinheit, besonders da sie den älteren Dirnen vorgezogen zu werden pflegen; insbesondere besteht auch diese Gefahr für die Familien, bei denen sie Dienste nehmen. Die ärztliche Behandlung vernachlässigen sie aus Unkenntnis und aus Scheu fast ganz. Endlich ist noch das mit der Prostitution zusammenhängende Zuhältertum als Gefahr für die allgemeine Sicherheit zu erwähnen. Die staatlichen Maßnahmen gegen das Dirnentum haben sich ziemlich erfolglos erwiesen, sie schadeten mehr als sie nützten, denn sie treiben vielfach die jugendliche Dirne erst recht der Prostitution in die Arme. Dagegen versprechen vorbeugende Maßnahmen, wie Aufklärung und Bewahrung der Mädchen durch Jugendfürsorgevereinigungen und Un-

Digitized by Google

terkunftsheime, mehr Erfolg. Vor allem ist auch von seiten der Dienstherrschaften dieser Frage mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

2. Zur ärztlichen Fürsorge der jugendlichen Prostituierten, von Bendig-Stuttgart. Bendig bringt in der Hauptsache ausführliches statistisches Material über die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten bei minderjährigen Prostituierten.

H. Boehme-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Monosporosis alba et Monosporosis nigra, von A. Peyeri. (Morgagni, 9. Aug. 1914.) Verfasser tritt für die Abtrennung des Monosporium von Aktinomyzes und für die Aufstellung einer neuen, ätiologisch und nosologisch einheitlichen Mykose, der Monosporose, ein. Bei dieser müssen zwei Unterarten, Monosporosis alba und Monosporosis nigra, unterschieden werden. Die Monosporose kann klinisch einerseits der Aktinomykose, andererseits dem Myzetoma ähnlich sein. R. Frühwald-Leipzig.

Über Monosporose, von F. Radaeli. (Morgagni, 9. August 1914.) Durch Vorzeigung von Kulturen und histologischen Präparaten führt Radaeli den Nachweis, daß Monosporium apiospermum deutlich von Aktinomyzes unterschieden ist. Die Differenz besteht nicht nur in der Art der Fruktifikation, sondern auch in anderen wichtigen und leicht ersichtlichen kulturellen und morphologischen Eigenschaften. Auch in den Geweben präsentiert sich Monosporium anders als Aktinomyzes.

R. Frühwald-Leipzig.

Eine neue Behandlungsmethode bei Trichophytie der Kopfhaut, von C. H. Foley-Ardahan. (Lanc. 1914, Nr. 4717.) Die affizierte Partie wird zunächst mit einer konzentrierten Lösung von Natrium bicarbonicum gewaschen und dann mit einem in Spiritus aethereus getränkten Läppchen betupft, um alle Fettreste zu entfernen. Nach dem Abtrocknen wird Jodtinktur aufgepinselt, und sofort danach wird ein Spray von Äthylchlorid appliziert, bis die betreffende Stelle porzellanweiß erscheint. Während der folgenden Tage fahndet man auf etwa übersehene kleine Herde und behandelt sie ebenso. An unbehaarten Stellen genügt eine einmalige Applikation, aber auf der behaarten Kopfhaut muß man mit Jodtinktur und Spray drei- bis viermal mit einigen Tagen Zwischenpausen arbeiten. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung von Tinea tonsurans, von C. H. Foley-Ardrahan. (Brit. m. J., 1914, 21. März.) Verfasser empfiehlt nochmals die von ihm befolgte Methode der Jodpinselung mit nachfolgender Applikation der Äthylchloridsprays.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Therapie des Herpes tonsurans, von Thedering-Oldenburg. (M. m. W., 1913, Nr. 48.) Die Trichophytie hat Verfasser früher in der Weise behandelt, daß er die affizierte Stelle nach Abwaschung mit Seifenspiritus mit Jodtinktur einpinselte. Er unterläßt jetzt (in Übereinstimmung mit den von anderen Beobachtern gemachten Erfahrungen) die Abwaschung, pinselt vielmehr auf die trockene Haut ein und setzt dies morgens und abends vier Tage lang fort. Alsdann wird zwei Tage lang eine Salbe von Acid. salicylic. (1,0 Ol. olivar [q. s.]), Lanolin (ad 30,0) zwei Tage lang appliziert, und am siebenten Tage wird mit Seifenwasser abgewaschen. Der Turnus wird so oft als eben nötig wiederholt. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Bericht über 200 Fälle von Trichophytie, welche mit Röntgenstrahlen behandelt wurden, von F. Emays-Jones-Birmingham. (Brit. m. J., 4. Okt. 1913.) Die vom Verfasser erzielten Resultate waren durchaus befriedigend, indem 174 Fälle nach der erstmaligen Behandlung, welche je eine bis vier Sitzungen umfasste, glatt ausheilten; nur bei 26 Kindern war eine Wiederholung, meistenteils nur an einem beschränkten Gebiete, nötig. In den letzten drei Jahren hat Verfasser auch nach dem System der nur einmaligen Bestrahlung gearbeitet. Die Epilation war durchschnittlich nach 19 Tagen beendet; das Wiederwachsen der Haare brauchte in der Regel sieben Wochen. Für die Bestrahlung wurde ein eigens konstruierter, mit Blei ausgelegter Kasten mit einem Bleiglasfenster zur Aufnahme des Kopfes und des Apparates verwendet.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Methodik der Radioepilation der Kinderköpfe, von Hans Meyer-Kiel und Hans Ritter-Hamburg. (Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 21.) Die bei Favus, Trichophytie und Mikrosporie notwendige Entfernung der Haare darf keine unvollständige sein, darf aber auch infolge Überschreitung der Dosis nicht aus dem temporären Haarausfall zu einer dauernden Alopezie führen. Die zu bestrahlenden Felder müssen sehr genau abgegrenzt werden. Die Strahlenqualität sollte nicht zu weich sein, sondern im Gegenteil hart. Man erhält die richtige Strahlung, wenn man durch einen 0,5 mm dicken Aluminiumfilter bestrahlt. Bei 20 Kindern, die mittels einer fünfstelligen Totalbestrahlung einwandfrei und prompt in dieser Weise epiliert wurden, ist weder ein Erythem noch eine Ulzeration aufgetreten. Die Haare sind in jedem Falle in der früheren Dichte, Stärke und Farbe wiedergewachsen. W. Lehmann-Stettin.

Favus und Herpes tonsurans der Fingernägel, von Milton H. Foster-New York. (J. Am. m. Ass., 1914, Bd. 63, Nr. 8.) Favus und Herpes tonsurans zeigen klinisch dieselben Symptome, und die den Nägeln entnommenen Pilze können auch mikroskopisch kaum voneinander unterschieden werden. Wenn auf der behaarten Kopfhaut oder an anderen Stellen Spuren von Favus zu sehen sind, so nimmt man selbstverständlich auch Erkrankung der Nägel durch Favus an. Ebenso verhält es sich mit Herpes tonsurans. Wenn weder Erscheinungen von Favus, noch von Herpes tonsurans zu konstatieren sind, so stellt man die Diagnose auf H. t., da H. t. oft nach der Pubertät auch ohne Behandlung verschwindet und keine Narben zurückläßt. Die Onychomykosen sind sehr hartnäckig, und da die tief in die Matrix hineingewucherten Pilze anders nicht von Medikamenten erreicht werden können, so müssen die erkrankten Teile erst kürettiert werden, bevor man das Antiseptikum auf die entblößte Oberfläche applizieren kann. Eine allgemeine Entzündung durch zu starke Konzentrationen ist zu vermeiden. Empfohlen wird Sublimat, Präzipitat- und Kalomelsalben, Sulphur praecipitatum und auch Jodtinktur. F. John-Leipzig.

Beitrag zum Studium der afrikanischen Tinea, von Charles Joeux. (Arch. de Parasitol., März 1914.) Verfasser berichtet, daß im Hochlande von Guinea die Trichophytien häufiger als an der Küste sind. Von 100 Kindern fand er gewöhnlich 80 befallen. Bei näherer Untersuchung stellt sich heraus, daß es sich in $^1/_6$—$^1/_7$ der Fälle um Mikrosporon Audouini, im übrigen um echte Trichophytien handelt. Die klinischen Formen sind die üblichen. Auf den verschiedenen Nährböden wachsen in ihrem Äußeren differente Kulturen, welche in Farbe, Form und Wachstum sich auch gegenüber den von Europäern gewonnenen abgrenzen lassen. Das mikroskopische Examen ergibt nichts Neues (Ref.). Bemerkenswert ist noch, daß sich die Pilze nicht auf Versuchstiere überimpfen ließen. H. Vörner-Leipzig.

Die Ätiologie der Trichomykosis palmellina auf den Philippinen, von O. Schöbl-Manila. (Philippine J., Juni 1914.) Diese zuerst von Piok (1875) be-

Digitized by Google

schriebene Affektion ist auf den Philippinen unter den Europäern so verbreitet, daß von elf aufs Geratewohl daraufhin untersuchten Individuen zehn dieselbe aufwiesen. Die vom Verfasser angestellte bakteriologische Untersuchung ergab neben fünf als zufällige Vorkommnisse zu bezeichnenden Mikroorganismen zwei Formen von Corynebakterium als konstanten Befund und höchstwahrscheinliche Materia peccans. Dieselben wuchsen auf Agarplatten einmal als kleine, runde, körnige Kolonien und zweitens als kleine, gedellte, grobkörnige, flache, unregelmäßig geränderte Herde. Außerdem fanden sich öfter große, runde, homogene weiße Kolonien von einem großen Mikrokokkus und ähnlich gestaltete Anhäufungen eines zitronengelben Mikrokokkus. Diese beiden letzteren Formen fehlten jedoch bei einigen Untersuchungen. Pathogene Eigenschaften ergaben sich bei der subkutanen Impfung der Kulturen auf weiße Mäuse nicht. Die durch die Ansammlung der Mikrobien an den Haaren bedingten Veränderungen sind durch drei schöne Abbildungen neben der textlichen Besprechung dargelegt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Pilzerkrankung der Haut, infolge des Gebrauches wollener Unterwäsche, von Isaac. (B. kl. W., 1914, Nr. 47.) Die Veröffentlichung bezweckt, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die Pityriasis rosea zu lenken, die Verfasser in mehreren Fällen auf das Tragen von wollenen Sweatern zurückführen konnte, welche den Sommer über gelegen hatten. Die Affektion soll in diesen Fällen ein etwas anderes Aussehen gehabt haben als gewöhnlich, mehr dem Ekzema marginatum ähnlich. Zur Prophylaxe empfiehlt Verfasser gründliche Seifenwaschung aller Wollsachen und tüchtige Austrocknung vor dem Gebrauch.

E. Klemm-Leipzig.

Bericht über einen Fall von Sporotrichosis von tuberkuloidem Typus, von A. Ravogli-Cincinnati, Ohio. (Lancet-Clinic, 2. Aug. 1913.) Der mitgeteilte Fall betrifft ein junges Mädchen mit ausgedehnten Ulzerationen in der Ellenbogengegend, in denen sich mikroskopisch wie kulturell Pilze nachweisen ließen, die denen von de Beurmann beschriebenen glichen. Therapeutisch wurden täglich zweimal Sublimatbäder verordnet, einmal wöchentlich wurde die Oberfläche mit reinem Lysol tuschiert, wodurch binnen wenigen Wochen Heilung erreicht wurde.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Sporotrichosis mit multipler Lokalisation, von Francisco Dominguez-Havana, Cuba. (M. Record, 4. April 1914.) In dem beschriebenen Falle, der einen 54jährigen Mann betraf und bei dem bakteriologisch Endomyces albicans nachgewiesen wurde, waren Herde in der Lunge vorhanden, die röntgenographisch gefunden und erfolgreich operativ beseitigt wurden.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Sporotrichosis, von L. A. Dermody und C. Mc Martin-Omaha. (J. Am. m. Assoc., 19. Sept. 1914.) Eine 35jährige Frau aus Nebraska kam zur Aufnahme mit einer vom Mittelfinger bis zum Ellenbogen reichenden Kette von kleinen Knötchen, welche, 12—13 an Zahl, sich im Laufe von etwa sechs Wochen nacheinander entwickelt hatten. Eiterbildung war wenig oder gar nicht eingetreten. Nach vergeblicher Behandlung mit Inzision und Kauterisieren wurde drei Monate später die Diagnose Sporotrichosis gestellt und durch Kulturen auf Glukoseagar und auf Bouillon einwandfrei bestätigt. Nach gründlicher Inzision und Kürettierung der affizierten Gebiete wurde unter Behandlung mit Lugolscher Lösung Besserung und innerlicher Darreichung von Jodkalium Heilung erzielt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Experimentelle Knochensporotrichose, von G. Bolognesi-Modena. (Pathologica, 1914, Nr. 143.) Verfasser hat zwölf Kaninchen Kulturen von Sporotrichum Beurmani in den Markkanal des Femurs eingespritzt und die Tiere nach ein bis vier Monaten getötet. Bei acht Tieren entwickelten sich scharf umschriebene sporotrichotische Herde,

Digitized by Google

die histologisch als Granulome zu bezeichnen waren. Neben diesen zentralen Herden bildeten sich auch noch an der Peripherie gelegene Herde in Form von Exostosen.

K. Rühl-Turin.

Erythema infectiosum, von A. Heisler-Königsfeld. (M. m. W., 1914, Nr. 30.) Verfasser berichtet über eine kleine Epidemie von 25 Fällen, welche er als das vereinzelt auch von anderen Beobachtern geschilderte Erythema infectiosum diagnostizierte. Die durchaus milde und höchstens mit geringer Temperatursteigerung einhergehende Affektion ist charakterisiert durch ein zunächst am Gesicht auftretendes makulo-papulöses Erythem, das am zweiten und dritten Tage auf die Arme, Rumpf und gelegentlich auch auf die unteren Extremitäten übergreift. Eine spezielle Eigentümlichkeit ist das auffallende Gedunsensein des Gesichts. Außerdem finden sich ziemlich erhebliche, leicht schmerzhafte Schwellungen der Drüsen am Kieferwinkel, unter dem Ohr und im Nacken. In der Regel waren die Mandeln gerötet, und am harten Gaumen fand sich ein grobfleckiges, dunkelrotes Exanthem, das den Verdacht auf Scharlach erregen könnte. Abschuppung kam mehrmals am Gesicht, nicht aber sonst am Körper vor.

A. Philippi-Salzschlirf.

Neuere Beiträge zur Kenntnis des Erythema mycoticum infantile, von K. Beck-Budapest. (Bör-ès Bujakórtan, Beilage der Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 13.) Ibrahim sieht in dem Auftreten der Blasen das wesentliche klinische Element, während Beck das mit kleinen Epithelschuppen auftretende, später zusammenfließende, aber immer scharf geränderte und mit abhebendem Epithelkragensaum versehene Erythem als jene charakteristische klinische Äußerung ansieht, welche das Leiden von den Erythemen ähnlicher Lokalisation unterscheidet. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle war Soorablagerung zu finden. Die Infektion der Haut mit Soor findet den Weg durch den Verdauungskanal, durch Beschmutzung der Haut des Unterleibes mit Exkrementen. Verfasser fand 14 Fälle, von diesen beschreibt er vier Fälle: 1. Ein drei Wochen altes Mädchen. Starker Darmkatarrh. Im Munde Soor. Die Glutäen sind lebhaft rot exkoriiert. An der inneren Fläche der Schenkel vereinzelt und in Gruppen teils grauweiße, teils mit gelblich-eitrigem rotem Hof umgebene stecknadelkopfgroße Bläschen. In der linken Bauchgegend eine kronengroße oberflächliche Exkoriation. Mikroskopische Untersuchung ergab Soor. 2. Zwei Wochen alter Knabe. Magendarmkatarrh; auf dem Gesäß, dem Hodensack, auf der Beugeseite der Unterschenkel bis an die Fersen ist die Haut lebhaft rot, stellenweise nässend. Die Ränder der Läsionen schuppen sich, sind polyzyklisch. In der Umgebung kleine Bläschen. Im Munde Soor. Mikroskopische Untersuchung des Blaseninhalts war für Soor positiv. 3. Drei Wochen alter Knabe. Darmkatarrh. Im Munde Soor. Auf der äußeren Fläche des Schenkels sind aus Bläschen bestehende Gruppen zu sehen. In dem eitrigen Bläscheninhalt viel Soorkonidien, sehr oft in intrazellulärer Plazierung. 4. Ein drei Wochen alter Knabe. Angeblich seit seiner Geburt Darmkatarrh. Auf dem Bauche und um den Mastdarm viele kleine Papeln. Auf dem Gesäß und den Schenkeln war die Haut lebhaft rot, stellenweise exkoriiert. Kein Mundsoor. Im Blaseninhalt kurze Soorfädenteile und zerstreute Konidien. Der Blaseninhalt wurde bei der Untersuchung nach Gram gefärbt, und auch Kulturen auf Agar-Agar angelegt. 14 untersuchte Fälle ergaben in elf Fällen positives Resultat. In den Bläschen waren überwiegend die runden oder eiförmigen Konidien des Soorpilzes; gegliederte Fäden kamen nur vereinzelt zur Beobachtung. Die Bläschen waren schlaffer, trockener, der Inhalt bestand aus dichten breiartigen Hornzellen. Neben Konidien waren gegliederte Fäden, auch Fadenkonvolute festzustellen. Der Soorpilz wächst nur zwischen den Hornzellen der Epidermis in Fadenform, während er zwischen den Leukozyten hauptsächlich Konidienform annimmt. Zwischen den Hornzellen aber finden sich beide

Digitized by Google

Entwicklungsformen, in eiterhaltigen Bläschen jedoch ausschließlich nur Konidien neben anderen Mikroorganismen, und zwar Kokken und feine kurze Stäbchen. In einigen Bläschen wurden aber nur Pilzelemente gefunden. Eine Phagozytentätigkeit gegen die Soorkonidien ist auch zu bemerken. Der Soorpilz an und für sich kann auch Eiterung hervorrufen. Zwischen dem Ibrahimschen Bläschen- und der einfachen schuppenden Erythemform gibt es keinen wesentlichen Unterschied. Es sind mit charakteristischen, girlandenartigen, polyzyklischen und schuppenden Rändern versehene Läsionen und kleine schuppige Flecken zu sehen. Daneben finden sich auch Soorpilze enthaltende zerstreute Bläschen. Nach dem Eintrocknen und Abfallen der Bläschen können ähnliche Flecken mit Epithelkragen entstehen, wie bei der ersten Form des Erythema mycoticum. Die Ibrahimsche Dermatose begleitet zumeist eine Intertrigo der Beugestellen. Dies pflegt oft die primäre Veränderung zu sein. Die Kombination der Bläschensoormykose mit Magendarmkatarrh und Intertrigo kann nicht nur zufälliges Zusammentreffen sein. Verdauungsstörungen prädisponieren besonders für Dermatitis des Unterleibes und der unteren Gliedmaßen und zwar nicht nur für einfache Erytheme, sondern auch für papulöse und Bläscheneruptionen. Wenn dieser Boden durch Magendarmkatarrh empfindlicher geworden ist, kann der Soorpilz schwerere Veränderungen hervorrufen als auf der Haut eines gesunden Kindes. Wenn schon früher der Darmkatarrh zu Intertrigo oder Erythema glutaeale geführt hat, kann der Pilz sekundär infizieren, und die schon bestandene lokale Hautentzündung kann ein komplizierterer Prozeß werden. In solchen Fällen ist die klinische Diagnose beinahe unmöglich. Das sind die Fälle, bei denen mehr oder weniger ausgedehnte, lebhaft rote, mäßig gedunsene, stellenweise exkoriierte Gebiete in kleinerer oder größerer Entfernung zerstreut oder gruppenweise miliare, eitrige und seröseitrige Bläschen begrenzen, und nur die mikroskopische Untersuchung gibt bezüglich der Natur der Hautentzündung Aufklärung. Die Bläschenhautentzündung bedingt eine höhergradige Sensibilität, eine stärkere Reaktionsfähigkeit der Haut. Es ist wahrscheinlich, daß sonstige Stoffwechsel- oder konstitutionelle Störungen zur Sensibilisation ähnlicher Richtung führen kann. Bei gesunden Kindern dagegen erscheint die Soorinfektion der Haut eher in der Form eines einfachen schuppenden Erythems. M. Porosz-Budapest.

b. Cutis.

Behandlung des Milzbrandes mit Pyozyanein, von Brelet. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 17.) Eine Zusammenstellung der neueren Arbeiten, besonders von Fortineau, über die Pyozyaneinbehandlung des Milzbrandes. Fortineau kultiviert den Bacillus pyocyaneus in einem mineralischen Nährboden und sterilisiert die Kulturen. Das übrigbleibende Toxin widersteht eine halbe Stunde lang einer Temperatur von 110° und eine Stunde lang einer solchen von 100°. Die zur Milzbrandbehandlung nötige Injektionsdose beträgt 10—20 ccm und in vielen Fällen genügt eine Injektion, in manchen ist eine zweite nötig. Am besten ist es, das Pyozyanein mit der Serumtherapie und dem Salvarsan zu kombinieren. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Salvarsanbehandlung des Milzbrandkarbunkels, von L. Buberl-Wien. (M. m. W., 1914, Nr. 24.) Eine 22jährige Dame bot an der Stirn einen recht umfangreichen Milzbrandfurunkel dar mit starker Beteiligung der Lymphdrüsen. Der Bläscheninhalt war bazillenhaltig, nicht aber die entnommene Blutprobe. Am vierten Tage der Beobachtung wurde 0,6 Salvarsan intravenös gegeben, und vom nächsten Tage an wandte sich das schon recht bedrohliche Krankheitsbild zur Besserung und baldigen völligen Heilung. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Behandlung des Karbunkels mit Wasserdampf. (Semaine méd., 1913, Nr. 44.) Beschreibung einer von Guogiardello angegebenen Methode. Aus einem verschlossenen Gefäß wird vermittels eines Rohres von 2 cm Durchmesser, ein Wasserdampfstrahl direkt auf die zu behandelnde Stelle gerichtet, so heiß ihn der Patient vertragen kann. Je zahlreicher und je länger die Bestrahlungen sind, um so schneller erzielt man eine Heilung. Gewöhnlich nimmt man täglich 5—7 Vaporisationen von je einer Stunde Dauer vor. A. Gunsett-Straßburg.

Der Furunkel und Aufritt und ihre Behandlung mit „Furunkulin“, von Nikolaus Gáldonyi. (W. m. W., 1913, Nr. 26.) Verfasser berichtet über günstige Erfolge bei Furunkulose und Aufritt mit dem Hefepräparat Furunkulin Zyma, das örtlich in Salben- und Seifenform, intern in Tabletten- und Pulverform gegeben wird.
O. Valentiner-Leipzig.

Die Behandlung der Furunkulose mit Autovakzinen, von Josef Willmes. (Diss., Gießen 1913.) Verfasser zeigt, daß in einigen Fällen von Furunkulose, bei denen jede andere Therapie versagt hatte, mit der Vakzination noch Dauerheilungen sich erreichen ließen. Trotzdem sind aber bei jedem Fall von Furunkulose zuerst andere Mittel zu versuchen, ehe man die immerhin umständliche und eingreifende Vakzination zur Anwendung bringt. Bei exakter Ausführung ist keine Gefahr für den Patienten damit verbunden. Die Behandlung mit selbstgewonnener Vakzine kann man nur in einem Krankenhaus durchführen, in dem alle bakteriologischen Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Der praktische Arzt kann immerhin Versuche mit dem fertigen Präparat Opsonogen machen. Hierüber hat Verfasser keine eigenen Erfahrungen; es verspricht ihm aber aus theoretischen Erwägungen nicht so wirkungsvoll zu sein, da es keine spezifische Vakzine enthält. F. Loeb-München.

Kombinierte Jodtinktur-Ichthyolbehandlung der Furunkulose, von F. Berger-Köln. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Der Verfasser empfiehlt neben der bereits bekannten, fast klassischen Ichthyoltherapie der Furunkulose noch zur Verhütung des weiteren Umsichgreifens der Infektion, die Haut in der Umgebung der einzelnen Furunkel durch Tinct. jodi zu schützen. Er bepinselt Furunkel und Umgebung so lange noch Eiterung besteht, resp. noch das Vorhandensein von Staphylokokken angenommen werden muß, mit Tinct. jodi und unmittelbar darauf mit Ichthyol. pur., dann bedeckt er die Stelle mit einer dünnen Watteschicht oder Mull und Leukoplast; am nächsten Tage vorsichtiges Abwaschen mit warmem Wasser oder Seifenwasser und neuer Verband; der ev. abfließende Eiter vermag der durch die Jodtinktur geschützten Haut nicht zu schaden. Bei sehr vorgeschrittener Furunkulose verwendet Berger statt des reinen Ichthyols eine 10%ige Ichthyolvaseline. Er empfiehlt gleichzeitig schwefelhaltige Wasser und Salze oder Arsen innerlich zu verabreichen. O. Lasch-Breslau.

Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter, von M. E. Schubert-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Verfasser hat die von anderer Seite schon empfohlene Verwendung des Thermokauters gegen Furunkulose bei einer Serie von Säuglingen mit schon erweichten, abszedierten Furunkeln angewandt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Vakzinetherapie der chronischen Furunkulose der Haut, von Th. Messerschmidt-Straßburg i. E. (M. m. W., 1914, Nr. 26.) Verfasser schildert die Technik der Methode und berichtet über 16 Fälle, welche er mit Autovakzinen behandelt hat. Von diesen sind nur zwei ohne Erfolg geblieben; das eine Mal handelte es sich um einen atrophischen Säugling mit allgemeiner Furunkulose und das andere Mal um einen Kranken mit nekrotisierender Akne. Aus beiden Eiterproben wurde ein Staphylokokkus albus gezüchtet, der aber wahrscheinlich nicht der eigentliche Erreger war. Bei den anderen

Digitized by Google

14 Fällen, welche sämtlich vorher viele Monate lang auf verschiedene Weise vergeblich behandelt worden waren, erfolgte Heilung durch die Vakzintherapie ohne weitere Hilfsmittel in 10—14 Tagen. A. Philippi-Salzschlirf.

Technik der Furunkelbehandlung — zugleich meine eigene Krankengeschichte, von Fried. (M. m. W., 1914, Nr. 46.) Verfasser ist nach den Erfahrungen, welche er am eigenen Körper gemacht hat, von dem Werte der Opsonogeneinspritzungen fest überzeugt. Diese Staphylokokkenemulsion wird von der chemischen Fabrik zu Güstrow (Mecklenburg) geliefert. Lokal hat das Bedecken mit Salizylseifenpflaster sich ihm als die zweckmäßigste und wirksamste Behandlungsart erwiesen. A. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Tona der Pferde auf Samoa, von S. v. Prowazek. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1913, Bd. 17.) In Samoa kommen häufig bei Pferden Granulationsgeschwüre unterhalb der Augen, sowie ziemlich große Granulationstumoren an den Füßen vor, die die Eingeborenen mit demselben Namen wie die menschliche Framboësie als „Tona" bezeichnen. In der Tat ist aber die Menschentona von der Pferdetona vollkommen verschieden. Pathologisch-anatomisch stellen diese Tumoren Akanthome dar, an denen Hyperkeratose und eine starke Entwicklung der Kutispapillen auffällt. Sie stehen den Warzenbildungen des Menschen am nächsten, die Jadassohn künstlich übertragen konnte. Die Übertragungsversuche, die P. bei Pferden machte, vielen leider negativ aus. Manche Beobachter führen die Tona der Pferde auf eine Allgemeinerkrankung zurück, andere wieder auf eine lokale Affektion der Füße infolge Verletzungen durch Korallen, besondere Pflanzen, Stacheldrahtzäune. E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Blitzschlagverletzung, von Rille. (M. m. W., 23. Februar 1915.) An der Oberextremität ein nekrotischer Herd gleich einer Verbrennung dritten Grades, von dem mehrere für solche „Blitzfiguren" charakteristische Verästelungen und Fortsätze ausgehen. A. Gappisch-Leipzig.

Kasuistische Mitteilungen aus der Praxis, von Petzoldt. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1914, H. 24.) 1. Fall von entwickelter sekundärer Lues, bei dem der Primäraffekt am rechten unteren Augenlide saß. 2. Typisch ausgebildete Tabes mit positiver Wassermann-Reaktion, die der Verfasser, da Luesinfektion geleugnet wird, auf Lepra zurückführt. 3. Ebenso typischer Tabesfall, der erwähnt wird, weil derartige Fälle bei Negern selten seien. 4. Sehr intensive Augenblennorrhoe bei zwei tripperkranken Negerinnen mit Panophthalmie. H. Boehme-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Wiederwahl von Prof. Unna zum Oberarzte der Abteilung für Hautkrankheiten am Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf wurde vom Senate der Freien und Hansestadt Hamburg bestätigt.

Dr. Paul Thimm, früher Spezialarzt für Hautkrankheiten in Leipzig, zuletzt in Berlin, ist am 28. Februar gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. März 1915 | Nr. 13 | Band 60

Thigan, ein neues Antigonorrhoikum.

Von

Dr. W. Chrzelitzer, Posen.

Das idealste Antigonorrhoemittel ist dasjenige Präparat, welches imstande sein würde, durch energische Tiefenwirkung den Gonokokkus auf seinem Wege durch das Zylinderepithel und die submuköse Schicht in das Bindegewebe zu verfolgen und zu vernichten und gleichzeitig durch seine adstringierende, anämisierende Wirkung die durch den Gonokokkus und seine Toxine hervorgerufenen Entzündungserscheinungen zu mildern. Ein solches Mittel, das unter dem Namen Thigan von der Firma Dr. Georg Henning in Berlin in den Handel gebracht wird, erfüllt zum größten Teil diese Forderungen, wie aus den seit zwei Jahren ausgeführten Versuchen ersichtlich ist, in vorzüglicher Weise. Wer sich mit der Therapie der Gonorrhoe beschäftigt, kennt die vielen und nicht geringen Schwierigkeiten, mit denen der Therapeut zur Bekämpfung dieses sozialen Übels zu rechnen hat. Schon die ungeheure Zahl von Medikamenten, die alle geeignet sein sollen, den Tripper zu heilen, beweisen zur Genüge, daß die Gonorrhoe zu denjenigen Krankheiten gehört, die oft ihre Heilung dem Versuche und Zufall verdanken. Hingegen lehrt uns die allgemeine Erfahrung, daß dasselbe Präparat in dem einen Falle glänzend in kürzester Zeit zur Heilung führt, in einem anderen Falle trotz derselben Anwendungsbedingung vollständig versagt. So tun die vielfach empfohlenen Arbortivkuren mit den verschiedensten Präparaten in einem nur geringen Prozentsatze ihre Schuldigkeit, die die Gonorrhoe in drei Tagen kupieren sollen, doch können alle die „Spezifika“ keine Heilung erzielen. Das mag einerseits auf der Verschiedenheit der Gonokokkenstämme beruhen, andererseits in der ihren Eigenschaften entsprechenden Verschiedenheit der Silbersalze. Schon aus diesem Grunde können wir ohne weiteres die Gonorrhoe, abgesehen von den sie begleitenden Komplikationen, zu den schwersten Leiden zählen. Es ist daher immer des Versuches wert, die vielen neuen Antigonorrhoika einer Prüfung zu unterziehen, bis es uns doch schließlich gelingen dürfte, ein wirkliches Spezifikum zu finden, wenn nicht eventuell doch einmal ein Heilserum, entsprechend allen neuen, therapeutischen Bestrebungen, das gewünschte Endziel erfüllen sollte. Ich

Digitized by Google

habe deshalb das Thigan seit fast zwei Jahren an einem reichlichen Material meiner Privatpraxis beobachtet und neuerdings in dem unter meiner Leitung stehenden Festungslazarett zu Posen in den verschiedensten Stadien der Gonorrhoe nachgeprüft, um ein sicheres Urteil abgeben zu dürfen.

Thigan ist eine chemische Verbindung von Thigenol und Silber. Es muß deshalb als das Silbersalz der Sulfosäure eines synthetisch hergestellten Sulfoöles bezeichnet werden, und zwar ist Thigan eine 2%ige Thigenolsilberlösung, die nach besonderem Verfahren haltbar gemacht worden ist. 1 ccm des Thigans enthält 1 mg Silber. Von jeher wurde das Silber als das idealste Trippermittel angesehen, wie z. B. das Argentum nitricum, in neuerer Zeit die Silbereiweißsalze — Protargol — Largin — Albargin u. a. m., die durch Auflockerung des Epithels in die Submukosa und das Bindegewebe gelangen, um die durch den Gonokokkus und seine Toxine hervorgerufene Hyperämie zu vergrößern und die wieder dadurch erwirkte Leukozytose als die natürliche Heilkraft zu erhöhen und zu unterstützen, um so dem eindringenden Gonokokkus energischen Widerstand entgegenzusetzen. Um die Wirkung eines Antigonorrhoikum zu verstehen, müssen wir uns zunächst den pathologischen Verlauf der Gonorrhoe vor Augen führen: Sobald das Bakterium das Plattenepithel der Fossa navicularis, die infolge der anatomischen Widerstandskraft niemals die eigentliche Lokalisation der eingeschlüpften Kokken ist, überschreitet und das Zylinderepithel erreicht, hat es das Bestreben, unter ständiger Vermehrung sich ausbreitend, zwischen den sich lockernden Zellen in die Tiefe, Taschen und Falten der Schleimhäute und Drüsengänge in das Bindegewebe zu dringen. Ebenso wie die Gonokokken rufen auch ihre Toxine neben der Veränderung des Epithels eine reaktive Entzündung hervor. Die dadurch entstehende Erweiterung der Blutgefäße des subepithelialen Bindegewebes veranlassen einen Austritt von Eiterserum und polynukleären Leukozyten, die nach der Oberfläche wandern und so dem Bakterium entgegenwirken. Die Gonokokken werden dadurch auf die Oberfläche der Mukosa gebracht und verbreiten sich hier in ausgiebigster Weise. Je länger der Tripperbazillus im Gewebe verbleibt, um so mehr gewöhnt sich die Mukosa an die Toxine, die endzündliche Reaktion wird geringer, die Energie der Reaktion ist nicht mehr groß genug, um den Gonokokkus aus dem Bindegewebe zu entfernen, so daß dann die uns wohlbekannten Rezidive auftreten, die so die Krankheit zu den verzweifelten Fällen machen. Das Sekret zeigt uns mikroskopisch dann nicht nur Eiterzellen mit zahlreichen Gonokokken, sondern auch Epithelien, bedeckt mit Rasen von wuchernden Kokken. Unter diesen Umständen ist es notwendig, ein Präparat in Anwendung zu bringen, das die Fähigkeit hat, in die Tiefe zu dringen, um

Digitized by Google

einerseits dem eindringenden Gonokokkus entgegenzutreten, andererseits durch seinen auf die unterste Schicht ausgeübten Reiz und dadurch eintretende, fluxionäre Hyperämie die im Bindegewebe befindlichen Kokken durch das Reizserum an die Oberfläche zu bringen, um dann gleichzeitig die auf der Oberfläche befindlichen Kokken abzutöten resp. sie zu eliminieren. Das von uns angewandte Thigan erfüllt dieses Postulat in eigenartiger Weise. Spritzt man nämlich dieses Thigan in die Harnröhre ein und hält es genügend längere Zeit in derselben (10—15 Minuten), so kann man, was ich durch Endoskopie festgestellt habe, die Beobachtung machen, daß sich die ganze Schleimhaut mit dem Präparat überzieht. Von hier dringt ein Teil des freiwerdenden Silbers dauernd in die Tiefe und erfüllt hier seine Vernichtungs- resp. Eliminierungsaufgabe, während die Thigenolkomponente den durch das Silber ausgelösten Reizzustand in einer Weise lindert, daß das Präparat durchweg als milde empfunden wird. Und gerade diese Eigenschaft befähigt seine Anwendung in akuten und chronischen Fällen der Urethritis anterior, weil infolge der Reizlosigkeit durch Verhinderung einer reflektorischen Kontraktion des Sphinkters das Medikament in die Urethra posterior eindringen kann, ohne schädlich zu wirken. Es kommt dadurch mit dem Virus in direkten und unmittelbaren Kontakt und ist insofern imstande, durch seinen dauernden Überzug der Mukosa dieses Bakterium abzutöten. Es unterstützt auf diese Weise die natürlichen Heilkräfte, ohne das Gewebe zu schädigen, eine Hauptforderung, die unbedingt erfüllt werden muß, wollen wir eine Gonorrhoe heilen ohne nachteilige, zurückbleibende Schäden wie chronische Katarrhe, Infiltration, Strikturen usw. Dadurch, daß das Präparat dauernd auf der Oberfläche liegen bleibt und von hier aus dem Gonokokkus zu Leibe geht, wird der Nährboden, um mit Jadassohn zu reden, so verschlechtert, daß die Gonokokken gleichsam ausgehungert werden. Bekanntlich kommt durch den Tripperprozeß eine teilweise Umgestaltung und Umstimmung des Epithels zustande, wodurch die Lebensbedingung des Gonokokkus erschwert wird; tritt aber hierzu noch die antiseptisch adstringierende Wirkung des Thigans, so wird dadurch um so mehr die Selbsthilfe des Organismus, das Bakterium aus dem Körper zu entfernen, unterstützt. Ich kann deshalb diese Kombination dieser zwei an und für sich bewährten Antigonorrhoika als eine glückliche Idee ansehen, um so mehr als beide sich gegenseitig unterstützen und ersetzen. Während die eine Komponente die Aufgabe hat, den Reizzustand in der Tiefe anzufachen und den Gonokokkus nach der Oberfläche zu befördern, nimmt das Thigenol den sich sonst auf der Schleimhaut ansiedelnden Bakterien jede Gelegenheit sich auszubreiten und zu vermehren. Auf diese Weise geht die Ent-

Digitized by Google

zündung schneller zurück, weil der durch die Gonokokken hervorgerufene Reizzustand und die Hyperämie in jeder Hinsicht gemildert werden. Das Thigan bildet somit eine hervorragende, antibakterielle Kraft, die alle Bakterien, welche in seinem Bereiche liegen, vernichtet. Einen besonderen, nicht zu unterschätzenden Vorzug besitzt das Thigan durch die fehlende Ätzwirkung, die leider bei vielen Silberpräparaten, wie z. B. Argentum nitricum, vorkommt und so leicht trotz seiner glänzenden, antibakteriellen Kraft Schaden anrichten kann. Die Wirkung unseres Präparates, das also eine Schwefelsilberverbindung darstellt, beruht nach Unna auf seiner oxydierenden wie reduzierenden Kraft. Sie ähnelt dem Höllenstein insofern, als bei der Einwirkung auf das Leben des Gewebes vorübergehende Oxydationen auftreten, die allerdings hinter der Oxydationskraft der Salpetersäure im Höllenstein zurückbleibt. Deshalb ist auch ihre Ätzwirkung hier nicht vorhanden. Infolgedessen ist das Thigan auch ganz besonders bei der weiblichen Gonorrhoe anzuwenden. Ich pflege gewöhnlich nach Ausspülung der Vagina einen in Thigan getränkten Tampon einzulegen, der sehr lange liegen bleiben kann, ohne eine Reiz- oder Ätzwirkung auszuüben und so am besten einen längeren Kontakt mit der gonokokkenreichen Schleimhaut bildet. Vermittels der Braun-schen Spritze kann man dieses reizlose Präparat auch in den Zervix applizieren. Daß der Gedanke, wie er im Thigan verwirklicht wurde, nämlich der dauernde Überzug der Schleimhaut mit dem angewandten Präparat, schon wiederholt versucht wurde, zeigen die Versuche Caros mit Tuboblennal und das Bruckesche Kaviblen. Beide Präpärate haben leider — so geistvoll und sinnreich dieser Gedanke der bewährten Autoren ist — nicht die gewünschte Wirkung erzielt. Einen weiteren Vorzug haben wir in der Unzersetzlichkeit des Thigans, welcher naturgemäß die Verwendung dieses Medikamentes durch den Patienten erheblich erleichtert. Ich habe dieses wertvolle Antigonorrhoikum bei einem großen Material (ca. 400 Fälle) in den verschiedensten Stadien angewandt und habe bei der akuten Anterior wiederholt beobachten können, daß am vierten Tage das Mikroskop keine Gonokokken aufwies. Ich will natürlich keineswegs das Thigan als ein Heilmittel bezeichnen, das mir in jedem Falle diesen glänzenden Erfolg in dieser Zeit zeitigte. Die Erfahrung lehrt uns zur Genüge, daß die Gonorrhoe sich bestimmten Silbersalzen gegenüber refraktär verhält und erst mit dem Wechsel des Silberpräparates ihre Virulenz ändert. Wir kennen aber auch Gonokokkenstämme, die der Anwendung der verschiedensten Silbersalze energischen Widerstand entgegensetzten. Ich habe aber trotzdem, wenn nach acht Tagen noch Gonokokken vorhanden waren, Thigan weiter anwenden lassen resp. selber dem Patienten appliziert, weil ja auch häufig die

Digitized by Google

falsch angewandte Methode durch den Patienten einen Mißerfolg veranlaßt. Ich habe ferner bei der Posterior Thigan in Form der Janetschen Spülungen versucht und habe weder Reizerscheinungen seitens der Urethra posterior noch der Blase erlebt. Deshalb erschien es mir als ein ganz hervorragendes Heilmittel der Cystitis gonorrhoica. Nach Ausspülung der Blase mit Borsäure applizierte ich ca. 100 ccm Thigan in die Blase, wo ich es so lange liegen ließ, als der Patient durch den die Zystitis begleitenden Tenesmus zur Ausscheidung genötigt wurde. Selbst bei Reizzuständen der Posterior, wo ich bisher jede lokale Therapie unterließ, konnte ich es mit dem Guyon-Katheter oder der Kutnerschen Druckspritze ohne Bedenken anwenden. Das Thigan wurde von den Patienten als durchweg sehr milde empfunden. Um die die Gonorrhoe begleitenden und den Heilungsprozeß aufhaltenden Erektionen zu mildern und zu beseitigen, habe ich statt der sonst üblichen Bromalkalien ein neues, von der Firma Hoffmann-La Roche fabriziertes Präparat Sedobrol angewandt, welches die besten Erfolge zeitigte. Sedobrol enthält 55% Bromnatrium, ferner Fett, Extraktivstoffe pflanzlichen Eiweißes und etwas Kochsalz. In heißem Wasser löst es sich zu einer Flüssigkeit, die angenehm würzig schmeckt, ohne das Bromsalz im mindesten zu verraten. Mit einem Ei verquirlt wird das Sedobrol als eine wohlschmeckende Bouillon gereicht.

Um es dem praktischen Bedürfnisse anzupassen, kommt das Thigan in zwei Packungen in Originalflaschen à 200 ccm in den Handel. Die Packung A enthält neben dem Medikament eine Tripperspritze sowie ein ca. 20 ccm fassendes Meßgefäß und wird beim Bezug des Präparates zweckmäßig zuerst verordnet. Die Packung B ist für den weiteren Bedarf bestimmt und enthält nur das Medikament. Die Dosis der Injektionsflüssigkeit beträgt 10—15 ccm, die mindestens dreimal täglich alle 8 Stunden (um 7 Uhr morgens, 3 Uhr nachmittags und 11 Uhr abends) angewandt wird. Es empfiehlt sich, die Injektionsflüssigkeit mindestens 15 Minuten lang in der Harnröhre zurückzubehalten. Auch bei der weiblichen Harnröhre konnte es mit Erfolg verwandt werden. Infolge seiner schon erwähnten Reizlosigkeit konnte es ohne Schaden auch bei Prostatitis und Epididymitis gebraucht werden.

Es erübrigt sich, jeden einzelnen Fall hier zur Illustration meiner Versuche anzuführen. Ich habe es bei jeder beginnenden, selbst schmerzhaften, akuten Urethritis anterior und posterior verordnet, ebenso bei der subakuten Urethritis posterior vermittels der Guyon- oder Ultzmannschen Spritze, in Form von Irrigationen in verdünnter Form. Bei der subakuten und chronischen Gonorrhoe in Form von Irrigationen und Druckspritze; bei Zystitis und Urethrozystitis, zu Scheidenspülungen und als Thigantampons; ebenso vermittels der Braunschen Spritze bei Zervixgonorrhoe.

Digitized by Google

Auch bei Vaginalblennorrhoe kleiner Mädchen zeigte es sich als ein sehr brauchbares und empfehlenswertes Präparat.

Zusammenfassend kann ich das Thigan als ein vorzügliches Antigonorrhoikum sehr empfehlen. In ihm ist in idealer Weise die gonokokkentötende, bakterizide Wirkung des Silbersalzes mit der adstringierenden, antophlogistischen und leicht resorbierenden Wirkung des Thigenols kombiniert und dadurch eine gleichzeitige bakterizide wie adstringierende Therapie in hohem Grade gewährleistet. Auffallend ist das Seltenwerden der Urethritis posterior, weil es die Gonokokken rasch abtötet, die Desinfektion schnell vorwärts schreitet und der Prozeß in seiner Ausbreitung verhindert wird.

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903 bis 1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2470 Krätzekranken.

Von

Dr. Karl Wilke.

(Fortsetzung.)

Bei einer so verbreiteten Krankheit wie bei der Skabies ist es auch von Interesse, die geographische Pathologie dieser Krankheit zu erörtern. C. H. Fuchs (l. c.), der entsprechend dem damaligen wissenschaftlichen Standpunkte neben der durch Milben erzeugten Skabies noch eine spontan entstehende, dyskrasische Form derselben annahm, berichtet, daß diese letztere sich vorzüglich in Gebirgs- und Waldgegenden, in engen, düsteren Tälern entwickle; an manchen Orten komme sie endemisch vor, wie in Asturien und im Schwarzwalde. Über das endemische Vorkommen der Skabies berichtet auch Lanquetin[1]). Im französischen Jura gebe es mehrere Dörfer, in denen fast sämtliche Bewohner krätzekrank wären. Ferner soll es nach Mailhetard[2]) in einigen Kantonen der Schweiz, in der Niederbretagne, in Norwegen Landstriche geben, wo die Skabies in endemischer Form vorkomme. In seinem Handbuch der historisch-geographischen Pathologie macht Hirsch[3]) folgende Angaben. Die Geschichte der Krätze reiche, historisch wie geographisch

[1]) Lanquetin, Notice sur la gale. 1859, S. 63. — [2]) Mailhetard, Contribution à l'étude de la gale. Paris 1875, S. 35. — [3]) Hirsch, Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. Stuttgart 1883, Bd. 2, S. 250—253.

Digitized by Google

betrachtet, soweit wie das ganze Menschengeschlecht. In Europa sei die Krätze besonders zu Hause in Island, in Norwegen, Polen, Rußland, in einigen östlichen Bezirken von Deutschland und Frankreich, dann in der Türkei. In Asien seien es besonders die Bewohner von China und Japan, die von Krätze befallen wären, in letzterem sollen nach Berichten früherer Forscher drei Viertel der Bewohner krätzekrank sein. Unter den indischen Eingeborenen soll die Krätze enorm häufig sein. Auch im heißen Afrika finde man die Skabies. In Amerika sollen Brasilien und Peru die Hauptsitze der Krätze sein. Betreffs Peru berichtet HIRSCH, daß man dort zwei Formen der Skabies unterscheide; eine leichtere, vesikulöse Form, die an der Küste vorherrsche, und eine schwerere, pustulöse Form, die besonders in den Gebirgsgegenden beobachtet werde.

Die Präponderanz in dem Vorherrschen der Krätze in den höchsten und niedrigsten Breiten im Gegensatze zu dem relativ seltenen Vorkommen in den gemäßigten Klimaten erkläre sich ebensowenig aus klimatischen Verhältnissen, wie die Häufigkeit der Krankheit unter den Eingeborenen jener Gegenden im Gegensatze zu der relativ geringen Zahl von Erkrankungen bei den Fremden aus Rassen- oder Nationalitätseigentümlichkeiten. Entscheidend hierfür sei lediglich das aus dem Grade allgemeiner Gesittung hervorgehende größere oder geringere Bedürfnis nach Reinlichkeit.

Daß die sozialen, vor allem die Wohnungsverhältnisse, einen wesentlichen Einfluß auf die Ausbreitung der Krätze haben, liegt auf der Hand. Eine wenn auch auf Vollständigkeit nicht Anspruch machende Untersuchung darüber, welche Stadtteile oder Straßen Leipzigs die meisten Skabiesfälle lieferten, hat folgendes gezeigt. Zum größeren Teil wohnten die Krätzekranken in der inneren Stadt, besonders: Bayersche, Brüder-, Berliner, Elisen-, Eisenbahn-, Friedrich-, Härtel-, Hohe, Kohlgarten-, Nürnberger, Seeburg-, Sternwarten-, Turner-, Windmühlen-, Zeitzer Straße. Die Brüder-, Härtel- und Turnerstraße waren vornehmlich von den an Krätze erkrankten Studenten bewohnt. Wer jemals, wenn auch nur flüchtig, die Friedrich- oder Seeburgstraße durchwandert hat, den wird es sicher nicht überraschen, daß hier die Krätze sozusagen zu Hause ist. Die Krätzekranken, die nicht in der inneren Stadt wohnten, verteilten sich ziemlich gleichmäßig auf die einzelnen Vororte von Leipzig; es war in dieser Beziehung keiner der Vororte etwa besonders bevorzugt. Einen nicht unbeträchtlichen Teil der Krätzeerkrankungen lieferten dagegen verschiedene Rittergüter in der Umgebung von Leipzig aus schon an anderer Stelle erörterten Gründen. Von den Patienten, die keine feste Wohnung hatten, waren die meisten zugereist, darunter gegen 300 Männer und nur 6 Frauen. Daß die Zugereisten, die zumeist aus schon seit

Digitized by Google

längerer Zeit beschäftigungslosen jüngeren Leuten sich rekrutieren und oft in sehr zweifelhaften Herbergen übernachten, so zahlreich an Krätze erkranken, ist nicht verwunderlich. 32 Krätzekranke waren überhaupt ohne Wohnung, also zumeist Bummler oder Landstreicher, die von der Polizei aufgegriffen und dann zur Behandlung ihrer Krätze dem Krankenhaus überwiesen worden waren. Aus dem Obdachlosenhause kamen 23 Patienten, darunter 2 Familien zu je 5 und 7 Köpfen, zur Behandlung. Von den 277 an Krätze erkrankten Kindern waren 5 Waisenkinder und 41 Kinder (20 Knaben und 21 Mädchen) unehelicher Abstammung, also 15%.

Die Krätze wird nicht, wie man vielfach im Publikum glaubt, durch eine flüchtige Berührung übertragen, sondern es ist dazu ein länger dauernder, intimer Kontakt nötig. Am ehesten ist das der Fall, wenn zwei Personen in einem Bett zusammenschlafen, also z. B. beim geschlechtlichen Verkehre. Nur drei Patienten machten bestimmte Angaben, daß sie ihre Krätze im Anschluß an einen Koitus akquiriert hätten.

Da in den ärmeren Familien das Zusammenschlafen der einzelnen Familienmitglieder vielfach üblich ist, so ist es natürlich, daß im Falle der Erkrankung eines Familienmitgliedes an Skabies bald auch die übrigen daran erkranken. In unserer Statistik sind es 14 Familien, deren sämtliche Mitglieder an Krätze erkrankt waren. Darunter befindet sich eine aus zehn Köpfen bestehende Familie, bei der die Krätze gewissermaßen endemisch geworden war; denn die Mitglieder dieser Familie sind nicht nur einmal, sondern oft und wiederholt abwechselnd während mehrerer Jahre zur Behandlung ihrer Krätze ins Krankenhaus gekommen. In 30 Fällen war die Mutter, in 16 Fällen der Vater mit einem oder mehreren Kindern zusammen erkrankt.

In über 50 Fällen waren es Geschwister, meist Kinder, die sich gegenseitig mit Krätze angesteckt hatten. Ferner machten in 17 Fällen Patienten die Angabe, sich bei Haus- oder Berufsgenossen die Skabies geholt zu haben. Ein Komiker gab an, daß die ganze Truppe, der er angehöre, an Skabies leide. Ein Student behauptete, sich bei einem seiner Kouleurbrüder angesteckt zu haben. In einem Falle waren es Gefängnisgenossen, in einem anderen Pfleger und Patient, die sich gegenseitig infiziert hatten. Mehrere Kranke gaben an, durch die bei ihnen wohnenden Schlafgänger angesteckt worden zu sein.

Von den subjektiven klinischen Symptomen der Skabies ist in erster Linie das Jucken zu nennen. Am heftigsten tritt dieses auf, nachdem die Patienten zu Bette gegangen sind und ihren Körper gehörig durchwärmt haben. Ein Teil der Autoren hält dieses für rein subjektiv bedingt, infolge der gesteigerten Sensibilität, da die Kranken durch keine

Digitized by Google

äußeren Einflüsse abgelenkt würden. Andere Autoren dagegen behaupten, daß bei erhöhter Temperatur die Milben sich lebhafter in ihren Gängen betätigen und so das heftige Jucken hervorrufen. Von unseren Patienten machte der größte Teil Angaben über Jucken besonders in der Bettwärme. Die Klagen über die Intensität des Juckens sind natürlich bei den einzelnen individuell sehr verschieden. So berichtete ein mit typischer Krätze behafteter Patient, daß er nur wenig Jucken verspürt habe, da er nur selten die wohltuende Wärme eines Bettes genossen habe.

Dubreuilh[1]) behauptet, daß es auch Formen von nicht juckender Skabies gebe und schuldigt hierfür eine besondere lymphatische Körperkonstitution an. Die nicht juckende Skabies könne sogar mit einer recht beträchtlichen Eruption von Knötchen und Pusteln einhergehen. Nur einer von unseren Patienten will niemals Jucken verspürt haben, trotzdem er das ausgesprochene Bild einer ziemlich ausgebreiteten Skabies darbot.

Gewissermaßen den Gegensatz hierzu bilden die sogenannten Akarophoben, welche nach Überstehen ihrer Krätze jede irgendwie auffällige Erscheinung auf die frühere Infektion beziehen und infolge Autosuggestion starkes Jucken zu verspüren glauben. Hiervon lassen sich aus unserem großen Materiale von Krätzekranken Beispiele genug anführen. In mehreren Fällen klagten Patienten, obwohl sie vorher eine gründliche Wilkinson-Kur durchgemacht hatten und objektiv durchaus nichts mehr von der Skabies zu finden war, über heftiges Jucken. Interessant ist ein von Jouannaud beobachteter seltener Fall, den Dubreuilh (l. c.) zitiert. Es handelte sich dort um eine an Skabies erkrankte Patientin, die eine durch Hysterie bedingte Anästhesie der einen Körperhälfte zeigte. Obwohl auf beiden Seiten des Körpers Milbengänge zu finden waren, verspürte die Patientin nur an der einen Körperhälfte Jucken und wies auch dort zahlreiche und ausgebreitete Kratzeffekte auf.

Von einer größeren Anzahl von Kranken (142) liegen Angaben darüber vor, an welcher Körperstelle das Jucken begonnen habe. In der weitaus größten Zahl der Fälle (84) soll das Jucken an den Händen und Vorderarmen eingesetzt haben. 25 männliche Kranke verspürten das Jucken zuerst am Genitale und an den Oberschenkelinnenflächen, was sehr natürlich ist, da die Skabies in sehr vielen Fällen am Genitale beginnt. Nach Thimms[2]) Meinung verbreiten sich die Milben von der z. B. am Genitale lokalisierten primären Infektionsstelle entweder spon-

[1]) Dubreuilh, Artikel „Gale" in La Pratique Dermatologique. Paris 1901, Bd. 2, S. 736. — [2]) Thimm, Artikel „Skabies" in Venerische und Hautkrankheiten, redig. von Jul. Weiss. Wien, Teschen und Leipzig 1900, S. 696.

Digitized by Google

tan weiter, oder sie werden durch die kratzenden Finger an andere Orte übertragen und so sei es kein Wunder, daß nächst dem Genitale die Finger am häufigsten und frühesten erkranken. Fünf unserer Patientinnen verspürten angeblich das Jucken zuerst an den Brüsten. Die übrigen Patienten wollen das Jucken zuerst an den Achselfalten oder an den Beinen bemerkt haben.

Das sicherste objektive Symptom einer bestehenden Skabies ist die Anwesenheit von Milbengängen. Obwohl sie sich an jeder beliebigen Körperstelle finden können, so sind sie doch mit Vorliebe an gewisse Körperpartien gebunden, wodurch sich auch hauptsächlich die charakteristische Lokalisation der skabiösen Hautveränderungen erklären läßt. Diese bevorzugten Körperstellen sind vor allem die Interdigitalfalten und der Ulnarrand der Hände, die Gegend der Handgelenke, beim Manne das Dorsum und die Glans penis, beim Weibe die Brustwarzen, ferner der innere Fußrand und alle jene Hautstellen, welche einem ständigen Drucke oder einer fortwährenden Reibung ausgesetzt sind. Daß daneben Milbengänge an Stellen vorkommen, wo man sie am allerwenigsten vermuten dürfte, zeigt der viel zitierte Fall von SAEMISCH[1]), wo ein Milbengang auf der Kornea des Auges nachzuweisen war.

Unter 100 Skabiesfällen fand BOURGUIGNON[2]) Milbengänge 80mal ausschließlich an den Händen und 20mal an den Füßen, in der Achselhöhle, am Rumpf oder an den Geschlechtsteilen.

Bei unseren Patienten waren die Milbengänge, soweit solche nachweisbar waren, in gut vier Fünftel der Fälle an den Handgelenken und Interdigitalfalten lokalisiert. Bei 138 männlichen Patienten (7,6% der Fälle) waren Milbengänge am Genitale nachweisbar; in 17 Fällen, also 5,1%, wurden Milbengänge an der Mamma gefunden.

28 Patienten zeigten Milbengänge an den Fußsohlen, und zwar waren das in der Hauptsache kleine Kinder; denn von diesen 28 Kranken waren 18 unter 5 Jahren, davon 5 noch nicht 1 Jahr alt. Dies entspricht der allgemein gemachten Beobachtung, daß gerade bei kleinen Kindern und Säuglingen anders wie bei Erwachsenen die Milbengänge zuerst im Gesicht, an der Kopfhaut, an den Hohlhänden oder Fußsohlen vorkommen. Über Milbengänge im Gesicht liegen bei unseren Patienten keine Beobachtungen vor. Dagegen waren in einem Falle bei einem 3jährigen Kinde neben Milbengängen an den Achselfalten und Händen auch solche am Rücken nachweisbar. Außerdem wurden in 25 Fällen Milbengänge an den vorderen Achselfalten und in den Ellbeugen und in 13 Fällen

[1]) SAEMISCH, TH., Ein Fall von Scabies corneae. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1898, Bd. 36, S. 453. — [2]) BOURGUIGNON bei SIMON, Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Berlin 1851, S. 307.

Digitized by Google

in der Nabelgegend beobachtet. Oft kommt es jedoch vor, daß trotz sorgfältigen Suchens keine Milbengänge zu finden sind, obwohl die übrigen Hauterscheinungen die sichere Diagnose gestatten. Dies war bei mehr als 210 unserer Patienten der Fall, darunter waren 20 Kinder. Da es bei Kindern besonders an den Händen oft zu ausgedehnten Pustelbildungen kommt, so ist es erklärlich, daß der Nachweis von Milbengängen hier öfters unmöglich ist. Bisweilen sieht man noch einen Milbengang als länglichen Streifen auf der Höhe einer Pusteldecke.

Neben den Milbengängen finden sich bei der Skabies vor allem ekzematöse Hautveränderungen, die zu einem Teile direkt durch die Milbe selbst, zum anderen Teil durch das Kratzen und Reiben, wozu das von Skabies befallene Individuum infolge des mehr oder minder starken Juckreizes getrieben wird, hervorgerufen werden. Das skabiöse Ekzem befällt in typischer Weise das Hautterritorium von den Brustwarzen bis zu den Knien, vor allem die vordere Gegend des Stammes von den Warzen abwärts, die Achselfalten, die Schamgegend, die inneren Oberschenkelflächen, ferner die Gegend der Handwurzelgelenke, die Interdigitalfalten, die Streckseiten der Ellbogen, die Nates, die Unterschenkel, wenig oder gar nicht die Rückengegend. Bedingt ist diese charakteristische Lokalisation außer durch den Sitz der Milbengänge vor allem durch die Art und Weise, wie und an welchen Körperstellen sich die Menschen im allgemeinen zu kratzen pflegen, Verhältnisse, die seit den fundamentalen Darlegungen Hebras zur Genüge bekannt sind. Die ekzematöse Eruption besteht in der Hauptsache meist aus grießkorn- bis stecknadelkopfgroßen Knötchen, minder häufig aus Bläschen oder Pusteln; in vielen Fällen finden sich diese verschiedenen Effloreszenzenformen vermischt vor.

Jarisch[1]) meint, man sei berechtigt, eine trockene und eine feuchte Form der Skabies zu unterscheiden. Bestimmend hierfür sei einmal das bei den einzelnen Menschen differente Reinlichkeitsbedürfnis, dann aber vor allem die Individualität der betroffenen Patienten. Die differente Reaktionsfähigkeit der Haut verschiedener Individuen bringe es mit sich, daß unter gleichen Verhältnissen bei dem einen die trockene, bei dem anderen die feuchte Form der Skabies auftrete. Jarisch weist darauf hin, daß die eigentümliche Beschaffenheit der kindlichen Haut den Eiterkokken einen besonders günstigen Nährboden darbiete und den Umstand erkläre, warum die Skabies sich bei jugendlichen Individuen so häufig unter der Form der Scabies pustulosa präsentiere. Dubreuilh (l. c.) führt die pustulöse Form der Skabies bei jungen Leuten hauptsächlich auf eine besondere lymphatische Konstitution derselben zurück.

[1]) Jarisch, Hautkrankheiten. Wien u. Leipzig 1908, S. 1003.

Digitized by Google

Bei mehr als drei Viertel unserer Patienten bestanden die skabiösen Hauterscheinungen im wesentlichen aus Knötchenbildungen, vermischt mit mehr oder minder zahlreichen Kratzeffekten.

In 221 Fällen wurde Scabies pustulosa beobachtet, und zwar verhältnismäßig öfter bei weiblichen Patienten (95 Fälle) als bei den männlichen, was sich durch die zartere, empfindlichere Beschaffenheit der weiblichen Haut erklären läßt.

Von den 221 Patienten, welche die pustulöse Form der Skabies darboten, waren 80 Kinder, von den übrigen standen die meisten im Alter von 15 bis 25 Jahren. Betreffs der Lokalisation der pustulösen Eruptionen ist zu bemerken, daß in der Mehrzahl der Fälle (in 144 Fällen) besonders die Vorderarme, Handgelenke und Hände davon befallen waren; besonders häufig war diese Lokalisation bei den Kindern, nämlich in 60 Fällen, zu finden. In 23 Fällen waren vornehmlich die Füße und Unterschenkel der Sitz reichlicher Pustelbildungen; bei mehr als 20 Patienten hatten sich am Gesäß, besonders in der Gegend über den Sitzbeinknorren, zahlreiche Pusteln entwickelt. In den übrigen Fällen wurden die Pusteln verstreut am ganzen Körper gefunden. 15 Patienten, darunter 10 Kinder, wiesen impetiginöse Krankheitsherde am Körper auf.

In einer nicht geringen Anzahl der Fälle kam es im Verlauf der Skabies zu Abszeß- und Furunkelbildung. Die Ursache hierfür ist ja in den zahlreichen Exkoriationen gegeben, die einer Infektion mit Eiterkokken leicht ausgesetzt sind. Bei 30 Kranken kam es zur Bildung einzelner Furunkelherde. Diese waren lokalisiert in 11 Fällen an den Unterschenkeln und Füßen, in 5 Fällen an den Nates, in 4 Fällen am Bauch, 4mal in einer der Achselhöhlen, 6mal an den Unterarmen sowie in der Hals- und Nackengegend.

Abszesse entwickelten sich in drei Fällen. Bei einem 7jährigen Knaben entwickelte sich ein Abszeß in der rechten Schenkelbeuge, bei einem 1½ Jahre alten Mädchen ein solcher in der linken Achselhöhle. Die Entwicklung multipler Abszesse in beiden Achselhöhlen, an den Oberschenkeln und im Gesäßbereiche wurde bei einem 24jährigen Graveur beobachtet.

Bei zwei Frauen im Alter von 21 und 25 Jahren entwickelte sich eitrige Mastitis, die einen chirurgischen Eingriff nötig machte. Auch SARDA[1]) beobachtete einen Fall, wo sich bei einer mit Skabies behafteten Patientin ein Abszeß der einen Mamma nebst Lymphangitis bildete. In unseren Fällen waren 15mal die Mammae, speziell die Warzenhöfe, der Sitz ausgedehnter und intensiver pustulöser sowie ekzematöser Eruptionen.

[1]) SARDA, Ref., Derm. Zschr., 1900, Bd. 7, S. 590.

Digitized by Google

Wenn auch in der Mehrzahl der Fälle der Nachweis von Milbengängen einerseits, die typische Lokalisation des skabiösen Ekzems andererseits die bestimmte Diagnose stellen läßt, so gibt es doch Fälle, wo man weder Milbengänge noch hinreichend charakteristische ekzematöse Hauterscheinungen vorfindet. Derartige fragliche Fälle von Skabies wurden bei unseren Patienten 27mal beobachtet; trotzdem aber wurden diese Patienten mit der üblichen Krätzekur behandelt, was in allen solchen zweifelhaften Fällen sicher das Zweckmäßigste ist.

Ferner bestehen in der Intensität der skabiösen Hauterscheinungen bei den einzelnen Patienten Unterschiede, die einmal durch die Zeitdauer der bestehenden Skabies, andererseits aber auch durch besondere individuelle Verhältnisse bedingt sind. Während bei dem einen schon nach kurzem Bestehen der Krankheit sich hochgradige Hautveränderungen zeigen, können sie bei einem anderen trotz längerer Dauer recht geringfügig sein.

DUBREUILH (l. c.) ist der Ansicht, daß die Skabies in den besser situierten Gesellschaftskreisen nur wenig ausgesprochene Erscheinungen mache und daher oft schwer zu diagnostizieren sei.

HYDE[1]) berichtet, daß in den westlichen Staaten von Nordamerika die typischen Formen der Skabies sehr viel seltener als in Europa zu finden seien, und führt dies auf den reichlichen Gebrauch von Seife und Wasser zurück. In ähnlicher Weise spricht sich BOWEN[2]) aus, der Untersuchungen über die Verbreitung ansteckender Hautkrankheiten an den Schulen zu Boston angestellt hat.

Betreffs der Lokalisation der skabiösen Hauterscheinungen beobachtet man gleichfalls gelegentliche Abweichungen von der Norm; dies gilt insbesondere für das Kindes- und Säuglingsalter. Mit Recht sagt BRANDWEINER[3]): „Je älter das Kind, desto typischer die Lokalisation." NEUMANN[4]) sowie MONTI[5]) führen die Häufigkeit von Milbengängen des Gesichts und der behaarten Kopfhaut auf die Berührung mit der skabiös erkrankten Mutter- oder Ammenbrust zurück. Ein derartiges Befallensein des Gesichts war in unseren Fällen bei 8 kleinen Kindern zu beobachten, von denen 5 noch nicht 1 Jahr alt waren. In 5 Fällen wies auch der Kopf ekzematöse Eruptionen auf, die eine Folgeerscheinung der bestehenden Krätze bildeten. Die zarte Hautbeschaffen-

---

[1]) HYDE, Skabies in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika. Ref. Arch. f. Derm., 1905, Bd. 77, S. 456. — [2]) BOWEN, Contagious Affections of the Skin in Preparatory Schools and Colleges. Boston 1911, S. 4. — [3]) BRANDWEINER, Hautkrankheiten des Kindesalters. Leipzig und Wien 1910, S. 96. — [4]) NEUMANN, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 5. Aufl., Wien 1880, S. 591. — [5]) MONTI, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Berlin und Wien 1903, Bd. 3, S. 844.

Digitized by Google

heit der Säuglinge und jüngeren Kinder ist die Ursache, daß die Skabies in diesem Alter besonders häufig in pustulöser Form auftritt, speziell bei längerer Dauer der Erkrankung. Die Pusteln sitzen meist an Händen und Füßen, wo auch am ehesten die Milbengänge zu finden sind. Im Gefolge der reichlicheren, nicht bloß in der Gegend der Gelenke, sondern auch am Stamme lokalisierten Pustel- und Blasenbildung kommt es dann zu umfangreicher Borkenauflagerung, wie bei einem ausgedehnten, impetiginösen Ekzem, wobei sogar der Rücken, der bei größeren Kindern und bei Erwachsenen gewöhnlich frei zu bleiben pflegt, in diffuser Weise erkrankt sein kann. Solch universelle Ausbreitung ist bei uns in 16 Fällen verzeichnet; die Hälfte derselben betraf Kinder im 1. Lebensjahre, die übrigen waren 2—5 Jahre alt.

Mitunter zeigt auch die Skabies der Erwachsenen betreffs ihrer Lokalisation gelegentliche Abweichungen vom gewöhnlichen Typus. So können die Hände, welche am häufigsten Milbengänge oder deren Folgeerscheinungen in Form von Knötchen, Bläschen oder Pusteln aufweisen, bei auf peinliche Sauberkeit haltenden Personen vollständig frei bleiben. Nach CANTRELL[1]) ist die Lokalisation der Krätze an den Händen bei den Bewohnern der Vereinigten Staaten von Nordamerika viel seltener zu finden, weil die Hände dort reinlicher gehalten würden. Ferner beobachtet man das Freibleiben der Hände bei Individuen, die berufsmäßig mit Chemikalien, Seife, Lauge, Kalk zu tun haben oder deren grobe Arbeit zu einer schwieligen Verdickung ihrer Hände führt; also bei Maurern, Malern, Schlossern, Wäscherinnen usw. Bei unseren Patienten finden wir dieses Verhalten in 44 Fällen, und zwar bei 35 männlichen und 9 weiblichen Kranken. Unter den 35 Männern, deren Hände frei von Krätzeerscheinungen blieben, finden wir 5 Buchdrucker und Lithographen, die viel mit Terpentin und Säuren zu tun haben, 2 Drogisten, 2 Maurer, die bis zuletzt arbeiteten, 1 Studierenden der Chemie, 1 Mediziner, ferner 3 Maler, mehrere Töpfer und Ziegeleiarbeiter, 2 Maschinisten, bei denen wahrscheinlich die Einwirkung des Feuers und der Hitze das Befallenwerden der Hände verhütete.

Von den 9 Frauen war die Mehrzahl als Dienstmädchen und Wäscherinnen beschäftigt.

Bei den Angehörigen verschiedener Berufe finden wir ein intensives Befallensein der Nates, besonders in der Gegend über den Sitzbeinknorren, oft in Form von reichlichen Pustelbildungen oder ausgedehnten ekzematösen Hautveränderungen. HEBRA unterscheidet in dieser Beziehung zwei Gruppen von Berufen, die Schneider und Schuster, die ihr

[1]) CANTRELL, About Scabies, its symptoms, diagnosis and treatment. Ref., Arch. f. Derm., 1894, Bd. 28, S. 411.

Digitized by Google

Handwerk hauptsächlich im Sitzen ausüben, und die Angehörigen der zumeist im Stehen ausgeübten Handwerke wie Tischler, Schlosser, Schmiede, bei denen die Glutäalgegend oft sehr wenig oder gar nicht affiziert sei.

Von unseren männlichen Patienten zeigten 52 besonders ausgedehnte und intensive Veränderungen an der Haut der Nates, teilweise sogar in der Form von furunkulösen Prozessen; darunter wurden gezählt 10 Schneider, 9 Schuhmacher, dann 12 Angehörige sitzender Berufe, wie Kontoristen, Schriftsetzer, Sattler, Korbmacher. Bei den übrigen war ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Beruf und Lokalisation der skabiösen Hautveränderungen nicht klar ersichtlich. Von 34 Schuhmachern, die BERGH (l. c.) in seiner Statistik aufzählt, hatte die Hälfte Ekzem und Furunkel an den Nates; dasselbe fand BERGH bei mehreren Schneidern, Fuhrleuten und Sattlern.

Von den 4 weiblichen Patienten, die hier in Betracht kommen, waren 3 als Schneiderinnen, 1 als Putzmacherin beschäftigt. Ein fast völliges Freibleiben der Glutäalgegend war bei unseren Patienten in 18 Fällen zu beobachten; darunter befanden sich 2 Metallschleifer, 2 Schlosser, 3 Zimmerleute, mehrere Laufburschen und Hausdiener, alles Berufe, die größtenteils im Stehen oder Gehen ausgeübt werden.

Der Rücken, der im allgemeinen bei Erwachsenen von der Skabies nicht affiziert wird, war bei 30 Patienten mehr oder weniger intensiv befallen, also in 1,7% der Fälle.

Eine plausible Erklärung für dieses abweichende Verhalten ist nur in einem kleinen Teil der Fälle zu erbringen. Es handelt sich hier um Berufsangehörige, bei denen das häufige und lange Tragen von Lasten auf dem Rücken üblich ist. Von solchen Berufsangehörigen wurden gezählt: 2 Markthelfer, 2 Hausierer, 2 Dienstmänner, 1 Hausdiener und 1 Packer.

Das Genitale, das oft den Ausgangspunkt für die Krätze bildet, war bei 38 männlichen Kranken frei geblieben; das sind 2% von der Gesamtzahl. BERGH, der auch hierüber Angaben macht, fand ein derartiges Verhalten bei $^1/_5$ bis $^1/_7$ der Männer.

(Schluß folgt.)

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch des Feldarztes, 2. Teil mit 1 Tabelle und 2 Abbildungen. (J. F. Lehmann, München.) Als Fortsetzung des „Vademekums des Feldarztes" ist das „Taschenbuch des Feldarztes" erschienen. Schon die Namen der Mitarbeiter geben eine Bürgschaft für den Wert und die Zweckmäßigkeit des Inhaltes. Ebenso wie der erste Teil beschränkt sich auch das „Taschenbuch des Feldarztes" auf das rein medizinische Gebiet.

Digitized by Google

Im Interesse des Büchleins, welches nach dem Wortlaute des Vorwortes dem im Felde stehenden Truppenarzte die Erfüllung seiner besonderen Aufgaben erleichtern soll, wäre die Anführung und Besprechung einschlägiger Teile der Friedens- und Kriegssanitätsordnung durchaus wünschenswert, und es könnte dieser Tatsache in einer folgenden Auflage Rechnung getragen werden. Der Zweck des Buches will den Weg weisen zu rascher Erkennung der hauptsächlichsten Kriegsseuchen und zu raschen sachgemäßen Entschlüssen, die deren Bekämpfung und Verhütung erfordern. Das wichtige Kapitel der Kriegsseuchen ist von Dieudonné, Weichardt und Sittmann bearbeitet worden und enthält in gedrängter übersichtlicher Form unter Berücksichtigung der Ergebnisse moderner Forschung alles Wünschenswerte zur Erkennung, Behandlung und Verhütung. Im Anschluß daran werden kurze Überblicke über einige wichtige innere Erkrankungen, ferner über Kriegsschädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems (Spielmeyer), der Geistesstörungen (Gudden), des Auges (Salzer), der Ohren (Hasslauer), der Haut, der Harn- und Geschlechtsorgane (Heuck) gegeben. Klare und präzise Darstellung bei möglichst knapper Diktion zeichnet sämtliche Kapitel aus. Die Wertschätzung der Zweigläserprobe für das Bestehen einer blennorrhoischen Infektion in der vorderen oder hinteren Harnröhre besteht längst nicht mehr zu Recht und führt zu Täuschungen. Höllensteinlösung soll für die Behandlung frischer Blennorrhoen heute nicht mehr empfohlen werden; Protargol oder besser Albargin genügen für die Periode der Gonokokkeninvasion. Die Empfehlung der Abortivkur, vom Verfasser mit Recht als im Feld wenig aussichtsvoll bezeichnet, wird am besten an dieser Stelle unterbleiben. Vortrefflich und beherzigenswert sind die in Abschnitt VIII von Gruber aufgestellten hygienischen Forderungen: A) Geschlechtskrankheiten und Rassenhygiene, B) Bekämpfung des Alkoholmißbrauches. Ein Verzeichnis der Arzneimittel mit besonderer Berücksichtigung der Kriegssanitätsordnung beschließt das Buch. Ein alphabetisches Schlagwörterverzeichnis erleichtert zweckmäßig die Handhabung.

Den vorgenannten Zweck erfüllt das Büchlein in jeder Beziehung, und es dürfte sich in kurzer Zeit zu einem sehr praktischen, unentbehrlichen Inventarstück des im Felde stehenden Arztes herausbilden. E. R. W. Frank-Berlin.

Die Hausinfektionen und ihre Bekämpfung, von A. Lippmann-Hamburg. (Leipzig 1914, F. Leineweber.) Verfasser beschäftigt sich mit den Infektionen, die sich an einer beliebigen Krankheit leidende Patienten im Krankenhaus zugezogen haben (Hausinfektionen) und die in St. Georg-Hamburg von 1910—1912 bei einer Aufnahmezahl von durchschnittlich über 24000 pro Jahr durchschnittlich 196 betrugen, unter denen 20 während der Inkubationszeit aufgenommene inbegriffen sind. Neben der an der Spitze stehenden Diphtherie bilden Scharlach und Masern die Hauptzahl der Infektionen, während die übrigen Infektionskrankheiten, mit Ausnahme von Wasserpocken, ganz erheblich zurücktreten. Für das Personal kommt außer Diphtherie nur Scharlach in ganz geringem Maße (2) in Betracht. Unter den im Stadium der Inkubationszeit aufgenommenen befanden sich besonders Kinder mit frischen Knochenbrüchen, bei denen am 8.—10. Tage nach der Aufnahme Masern ausbrachen. Auch besonders häufig waren unter dieser Abteilung Fälle von Wasserpocken, die sich erst 14 Tage nach der Krankenhausaufnahme entwickelten. E. Klemm-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. Cutis.

Nachtrag zur Cholera- und Typhusgangrän. Die symmetrische Gangrän im Balkankriege. Kein Frostschaden, von A. Welcker-Amsterdam. (Zbl. f. d. ges. M., 1913, Nr. 46.) In Ergänzung einer früheren Arbeit über Fälle von symmetrischer Gangrän auf türkischer Seite, bespricht Verfasser nunmehr das Vorkommen dieser Erkrankung auf bulgarischer Seite. Er faßt noch einmal die Unterschiede von Frostgangrän und den nach seiner Meinung als Gangränepidemien aufzufassenden Formen zusammen. Diese letzteren Fälle entstanden ohne vorausgegangene Kältewirkung unter den Augen des Arztes im Spital. Die Kranken litten furchtbare Schmerzen. Blasenbildung war nicht vorhanden. Alle hatten als typische Anamnese: vorangegangene Cholera oder Typhus abdominalis, Dysenterie oder Diarrhöen. Verfasser glaubt, daß auch der starke Nikotinabusus von schädlichem Einfluß gewesen ist. E. Brinitzer-Altona.

Komplementablenkung bei Hautleishmaniose, von G. Pavone-Catania. (Pathologica, 1914, Nr. 133.) Schlußfolgerungen: 1. Das Blutserum von Kranken mit Hautleishmaniose hemmte, mit Milzextrakt und Kondenswasser aus Leishmaniaekulturen, stets und vollständig die Hämolyse, und zwar selbst in kleinsten Dosen; bei den Versuchen mit Kondenswasser aus sterilem N. N. N.-Nährsubstrat oder mit Wassermann-Reaktionsantigen erfolgte keine Hemmung. 2. Das Blutserum von Kaninchen, die mit toten Kulturen von Leishmania infantum behandelt worden waren, verhielt sich in derselben Weise. 3. Das Blutserum normaler Menschen und Kaninchen übte keine hämolysehemmende Wirkung aus. 4. Durch Kontrollversuche konnte eine jede antikomplementäre Wirkung der Sera und der Antigene ausgeschlossen werden. K. Rühl-Turin.

Über Häufigkeit, Verbreitung und Symptome der Leishmaniose der Haut und der Schleimhäute in Unteritalien (äußerliche Leishmaniose), von Francesco La Cava. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 74, H. 5/6.). Die Leishmaniose — die Orientbeule — ist verbreiteter als man im allgemeinen annimmt. Wir finden die Schleimhaut- und die Hautleishmaniose im neuen und alten Erdteil, in den Tropen und in den Steppen Rußlands und sie wird überall durch dieselben Parasiten hervorgerufen. Die Krankheit ist stets von Fieber begleitet, beginnt mit einem kleinen hellroten Pickel, der leicht juckt und sich mit der Zeit in eine Pustel verwandelt und eitert, wobei sich auf der Oberfläche meist Krusten bilden. Die umliegenden Gewebe röten sich und bilden so ein ziemlich deutliches Merkmal. Die umliegenden „Gangli" enthalten die charakteristischen Keime. Man unterscheidet ein abortive, desquamative, krustöse und stark eitrige Form. Gewöhnlich dauert die Krankheit ein Jahr, sie kann aber auch länger dauern.

W. Chrzelitzer-Posen.

Über vier Fälle von Hautblastomykose beobachtet in Wien, von M. Oppenheim-Wien. (VII. Internat. Kongr., Rom 1912.) O. glaubt die von ihm in New York vorgestellten Fälle von H. als eine besondere Form der Hautblastomykose auffassen zu dürfen, wegen des Sitzes an der Nase, wegen der Kombination akut entzündlicher mit chronisch indurativen respektive exulzerierenden Prozessen, wegen des konstanten Vorkommens hefeähnlicher Gebilde, deren Kultur auf den entsprechenden Nährboden nicht gelingt und wegen der therapeutischen Erfolge mit Jodnatrium in großen Dosen.

O. Gans-Hamburg.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykosen, von Hermann Kehl-Marburg. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 94, H. 3.) Mitteilung eines Falles von Blastomycosis cutis, wobei es dem Verfasser gelungen ist, im Ausstrichpräparat der unter aseptischen Kautelen aus der von intakter Epidermis gebildeten Pustel entnommenen Sekrets neben Eiterzellen sprossende Hefezellen nachzuweisen, und zwar nur Hefezellen ohne Beimischung anderer Mikroorganismen. Desgleichen ist aus dem schleimigen grauweißgelblichen Sekret, das in Bouillon gebracht wurde, ausschließlich Hefe gezüchtet worden. Schließlich hat sich der gezüchtete Hefestamm als tierpathogen erwiesen, und konnten aus dem Tierkörper Parasiten mit denselben kulturellen Eigenschaften, wie das Tierversuchausgangsmaterial in Reinkultur wieder gezüchtet werden, womit er die Forderungen zum Nachweis des Erregers und zur Sicherstellung der Diagnose für erfüllt erachtete.

W. Chrzelitzer-Posen.

Myzetoma pedis mit schwarzen Körnern, von A. Peppre. (Morgagni, 1914, Nr. 25.) Der 33jährige Landmann bemerkte im Alter von 15 Jahren am rechten Fußgewölbe das Auftreten eines haselnußgroßen, wenig dolenten Knotens, der erweichte, ulzerierte und eine eiterähnliche Masse entleerte, in der sich schwarze Körnchen, wie Kautabak, befanden. Es stellten sich rasch ähnliche Knoten ein, die denselben Verlauf nahmen und nach einer gewissen Zeit der Ulzeration mit hypertrophischen Narben abheilten. In den folgenden Jahren zeigte die Affektion eine gewisse Regelmäßigkeit, indem im Frühjahre, eingeleitet durch heftiges Jucken, ein neuer Schub von Knötchen erschien, die ulzerierten und schwarze Körner entleerten, dann im Herbst zu heilen begannen und im Winter vernarbten. Patient konnte trotz geringer Schmerzen seiner Arbeit nachgehen. Im Laufe der Jahre wurde aber der rechte Fuß doppelt so dick wie der linke, so daß der Kranke nicht mehr arbeiten konnte und die Muskulatur des Beines der Inaktivitätsatrophie anheimfiel. Deshalb wurde der Fuß abgenommen. Es fand sich, daß alle Gewebe, die Knochen eingeschlossen, von Knoten durchsetzt waren, die aus schwarzen Körnern bestanden. In diesen wurde mikroskopisch und kulturell ein Pilz nachgewiesen, der mit Madurella mycetomi von Laveran identifiziert werden konnte.

R. Frühwald-Leipzig.

Neuartige Parasitenbefunde bei der Jerichobeule, von Huntemüller-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 73, H. 2.) „Plasmosoma Jerichoense" nennt H. einen Parasiten, den er als Erreger dieser Beulenkrankheit anspricht. Der Parasit — der Leishmania ähnlich, wenn auch bedeutend kleiner als dieser und nicht doppelkernig — liegt in großen mononukleären Zellen oft in großer Zahl zusammen. Nach Delafield mit Hämatoxylin gefärbt, tritt er besonders gut hervor und zwar in Form von Siegelringen. Frei im Gewebe findet er sich nur selten und ist dann noch kleiner. Eigenbewegung ließ sich nicht sicher feststellen. In Erythrozyten und Leukozyten wird der Parasit nicht gefunden, wohl aber in großen Plasmazellen, die dem Bindegewebe oder dem Endothel der Kapillaren entstammen können. Nach Gram ist er nicht darstellbar, färbt sich mit polychromem Methylenblau-Unna blau. Die Entscheidung betreffs Protozoen- oder Pilznatur des Parasiten steht noch aus.

O. Gans-Hamburg.

Die Ätiologie von Oroyafieber und Verruca peruviana, von Prof. Richard P. Strong-Cambridge, Mass. (New York m. J., 14. März 1914.) Verfasser erklärt auf Grund seiner Untersuchungen die von vielen Forschern unterstützte Ansicht, als seien Oroya- oder Carrionsfieber und Verruca peruviana identische Krankheiten und ersteres nur das Anfangsstadium der Verruca, für völlig falsch, wenn auch beide Affektionen in den gleichen (tropischen) Gegenden und vielleicht auch oft bei ein und demselben Individuum vorkommen. Oroyafieber wird durch einen spezifischen Parasiten, zum Typus von Protista gehörig, wahrscheinlich mit Grahamella verwandt, verursacht und

Digitized by Google

seine Hauptsymptome sind außer Fieber hochgradige Anämie, große Abgeschlagenheit; Leber, Milz und Knochenmark zeigen charakteristische Veränderungen (Degenerationserscheinungen und Nekrose), tötliches Ende ist häufig. Strong beschreibt zweierlei Formen des spezifischen, im frischen Blut und in Dauerpräparaten desselben gefundenen Parasiten, der wahrscheinlich identisch ist mit dem von Barton (Bartona bacilliformis) als Ursache für Oroyafieber und Verruga beschriebenen. Die Hauptmerkmale von Verruca sind die verschiedenen Arten von Hauteruption und die Gelenkschmerzen in Verbindung mit leichtem Fieber. Wiewohl Experimente an Affen gezeigt haben, daß die Überimpfung aus den Hautknoten (der Menschen) Immunität gegen spätere Infektion hervorruft, und ein ähnliches Resultat auch einmal beim Menschen erzielt wurde, so ist es noch nicht gelungen, den spezifischen Erreger von Verruca peruviana zu finden. Diese Schwierigkeit hängt wohl damit zusammen, daß Verruca und Oroyafieber in den gleichen Gegenden vorkommen und in denselben auch Malaria vorherrschend ist. Immerhin ist es möglich, Personen zu finden, die mit einer oder anderen allein infiziert sind, und bei diesen kann es in Anbetracht der Symptome, der Blut- oder Überimpfungsprobe und der Sektionsbefunde eine Verwechslung, wie Verfasser überzeugt ist, nicht geben.

M. Stern-München.

Zur Histologie der Verruca peruviana, von H. da Rocha-Lima-Hamburg (Vh. d. D. pathol. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Verruca peruviana ist eine Infektionskrankheit, welche sich dadurch auszeichnet, daß sie zunächst unter dem Bilde einer allgemeinen, schweren, fieberhaften Erkrankung — Oroyafieber — auftritt und später zur Bildung von Knötchen in den verschiedensten Organen führt. Die Knötchen haben sehr häufig ihren Sitz in der Haut, so daß kleine prominente, warzenähnliche Tumoren sichtbar werden. Die Krankheit scheint nur in Peru vorzukommen. Verfasser hat nur Hauttumoren untersucht. Diese stellen in der Regel kleine, linsengroße, rötliche Efflorescenzen dar, die halbkugelig aus der Haut hervorragen. Der Grundvorgang bei der Bildung der Verrucatumoren ist eine Wucherung von Gefäßelementen. Die kompakten Gewebszüge und Zellnester sind nach Ansicht des Verfassers als eine geschwulstartige Wucherung von Angioblasten aufzufassen. Zusammenfassend bestehen die Verrucaknötchen aus Endothelsprossen, Blutgefäßen und aus mehr oder weniger ödematös oder hämorrhagisch durchtränktem und lymphozytär infiltriertem Bindegewebe, deren relative Menge und Anordnung in den verschiedenen Knoten oder in verschiedenen Stellen eines und desselben Knotens große Abweichungen aufweisen können, so daß sie bald ein granulierendes, bald ein sarkomatöses, bald ein myxomatöses und bald ein angiomatöses bzw. kavernöses Aussehen bieten können.

G. Heymann-Elbing.

Über die brasilianische Figueira, von Max Rudolph-Estrella do Sul. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1914, Bd. 14.) Die Figueira ist eine Hauterkrankung, die als warzige Erhebungen an einem Fußrücken beginnt und, stets einseitig bleibend, als blumenkohlartige Papillomwucherung Unter- und Oberschenkel ergreift. Über den Erreger der Erkrankung war bisher nichts bekannt, der Verfasser aber konnte bei einer Anzahl seiner Fälle einen Blastomyces isolieren, der vielleicht als der Erreger in Betracht kommt.

H. Boehme-Leipzig.

Die Behandlung der Framboësie durch die intramuskuläre Injektion von Salvarsan, von R. P. Cockin-Grenada, Britisch-Westindien. (Lanc., 6. Dez. 1913.) Verfasser hat 45 Fälle von Framboësie im Alter von 4—35 Jahren im Krankenhaus zu Grenada (Britisch-Westindien) mit Salvarsan behandelt. Aus finanziellen Gründen konnte nur ein Teil (12,5%) der aufgenommenen Patienten mit dem neuen Mittel behandelt werden, und es wurden deshalb gerade die schwersten und refraktärsten Fälle ausgesucht. Trotzdem betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer bei diesen nur 23,6 Tage,

Digitized by Google

während diese Zeit bei der sonstigen Behandlung mit Jod und Quecksilber $3^1/_2$—4 Monate betrug. Die Dosis variierte von 0,15—0,6 g. Es wurde folgende Technik befolgt: Das Salvarsan wurde aus der Ampulle in ein trockenes steriles Reagenzglas gegeben und mit 0,6—0,7 Glyzerin verrührt; alsdann wurde mit heißer 0,5%iger Kochsalzlösung auf 10 ccm aufgefüllt und mit einer ganz aus Glas bestehenden Spritze in die Gesäßmuskulatur injiziert. Auf einer vom Tuber ischii nach der Spina anterior suprior ilei verlaufenden Linie war die Grenze zwischen dem mittleren und dem oberen Drittel der Ort des Einstichs. Nach der Injektion wurde sofort mit Kollodium verklebt. Die Patienten wurden drei Tage im Bette gehalten. Abgesehen von mäßigem und kurzdauerndem Fieber kamen bemerkenswerte Störungen nicht vor. A. Philippi-Salzschlirf.

Späterscheinungen der Framboësie beim Neger, von R. Lurz. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1914, Bd. 20.) Nachdem die Anfangserscheinungen der Framboësie, die bekanntlich in himbeerartigen Wucherungen bestehen und die sowohl spontan als unter dem Einflusse der Behandlung leicht heilen, geschwunden sind, ist der Kranke nicht als geheilt anzusehen, da oft noch nach Jahren weitere Erscheinungen auftreten können. Sie bestehen in charakteristischen Hautveränderungen an Armen und Beinen und beginnen gewöhnlich im mittleren Lebensalter als schwärzliche papelartige Infiltrate. Im Laufe der Jahre kommt es zu einer Resorption des Infiltrats und Schwinden des Pigmentes vom Zentrum aus, so daß schließlich vollkommen weiße Flecken mit dünner, glatter, pergamentähnlicher Haut zurückbleiben. Die Framboësie ist also ein chronisches Leiden, das sich bei vielen Erkrankten durch das ganze Leben hinzieht. H. Boehme-Leipzig.

Zwei ungewöhnliche Fälle von Hautdiphtherie, von Frank Crozer Knowles und Leonard D. Frescoln-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 1. August 1914.) Fall I. J. W., kräftiges Mädchen von vier Jahren; bis jetzt immer gesund gewesen. Drei Tage vor der Untersuchung trat zugleich mit Halsentzündung ein Ausschlag am Körper auf. Man beobachtete am Stamm, an den Extremitäten und am Hinterteil zwei Dutzend pustulöse und bullöse Effloreszenzen von Erbsen- bis Taubeneigröße, und weißlich bis orangegelbe Färbung. Die großen Blasen hatten einen entzündlichen Hof und entleerten beim Platzen einen dicken käsigen, gelben Eiter. Der Hals war geschwollen, die Nackendrüsen verdickt, die Patientin war unruhig und hatte hohe Temperaturen. Membranöse weiße Flecken auf beiden Tonsillen. Es wurden Kulturen aus einer nicht rupturierten Blase am Unterleib, sowie auch von dem Mandelbelag gemacht. Von beiden Stellen erhielt man Diphtheriebazillen, einen vom Typus D, die anderen vom Typus C nach der Westbrookschen Klassifikation; auch Staphylokokken fand man. Die Patientin erhielt 3,000 Einheiten des Antitoxins, kam ins städtische Krankenhaus und starb nach zwei Tagen. Fall II. Mary W., Schwester von Nr. 1, acht Jahre alt, immer gesund gewesen, bekam einen Tag vor der Untersuchung Halsentzündung und eine Eruption der Haut. Die rechte Mandel war mit einer weißen Membran bedeckt. Temperatur mäßig hoch. An Stamm und Extremitäten fanden sich etwa ein Dutzend Effloreszenzen von Erbsen- bis Haselnußgröße, ähnlich denen ihrer Schwester. Der entzündliche Hof war weniger markiert, der Blaseninhalt von dünner Konsistenz. In beiden Kulturen fand man Diphtheriebazillen, Typus C der Westbrookschen Klassifikation und Staphylokokken. Patientin bekam 1,250 Antitoxineinheiten und kam ebenfalls ins städtische Krankenhaus; obgleich sie dort auch noch Scharlachfieber bekam, wurde sie doch schließlich gesund. Hautdiphtherie kommt in verschiedensten Formen vor; es gibt ulzeröse, gangränöse, ekzematöse, impetiginöse, pustulöse, ekthymatöse, vesikuläre, bullöse, dermatitis-herpetiformis-ähnliche Typen, Tumoren und Abszesse. Die beiden obigen Fälle hatten einen bullös-impetiginösen Typus und der eine Fall endete mit dem Tode. Die Infektion der Haut kommt vor durch Autoinokulation, durch infizierte Gegenstände und von

Digitized by Google

Person zu Person. Sie kann die Haut primär befallen, auf ihr begrenzt bleiben, oder auf die Schleimhäute übertragen werden, gewöhnlich aber tritt sie sekundär als Folge von Hals-, Nasen- oder Kehlkopfdiphtherie auf. Bei Hautdiphtherie muß der Klebs-Löffler-Bazillus immer vom Pseudodiphtheriebazillus (Hoffmann) unterschieden werden. Der Diphtheriebazillus ist besonders ausgezeichnet durch metachromatische Körnchen, durch säureproduzierende Eigenschaften und durch tödliche Resultate bei Tierimpfungen. Hautdiphtherie ist eine beständige Ansteckungsquelle, zumal sie oft lange Zeit nicht erkannt wird; sie kann sehr chronisch verlaufen oder rapide tödlich enden.

F. John-Leipzig.

Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylaktisch Salvarsan angewandt werden? von E. Hoffmann-Bonn. (M. m. W., 1914, Nr. 27.) Gegenüber dem Standpunkt von H. Müller (M. m. W., 1914, Nr. 23) erklärt Hoffmann es für durchaus nicht gerechtfertigt, ohne bestimmt gestellte Diagnose eine Salvarsantherapie einzuleiten. In zweifelhaften Fällen wird man außer der genauen klinischen Beobachtung und der in regelmäßigen Abständen auszuführenden Wassermann-Reaktion noch die Punktion des Geschwürsgrundes oder auch die Exzision eines kleinen Stückchens vom Rande des Geschwürs vornehmen. Die Verzögerung der antisyphilitischen Behandlung ist auch nicht von allzu großer Bedeutung, da auch erst verspätet behandelte Primärsyphilide und sogar beginnende Sekundärerscheinungen mit sehr seltenen Ausnahmen eine günstige Prognose bei der Salvarsantherapie ergeben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylaktisch Salvarsan angewandt werden? von H. Müller-Mainz. (M. m. W., 1914, Nr. 36.) Gegenüber der Kritik von E. Hoffmann verteidigt Müller nochmals seinen Standpunkt, daß es rationell sei, auch bei den als Ulcus molle imponierenden Geschwüren auf alle Fälle Salvarsan von vornherein zu verabreichen. Die Fälle von reinem Ulcus molle seien relativ selten — er stellt eine Statistik zusammen von 10 weichen Schankern bei 95 Primärsyphiliden und 4 Mischinfektionen — und man habe bei sofortiger Salvarsandarreichung den Vorteil, die gefährliche Zeit der Gehirnaffektionen im Primärstadium zu umgehen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Operative Behandlung der iliakalen Drüsenentzündung bei weichem Schanker, von Gaymard. (Thèse de Paris, 1913.) Eine iliakale Adenitis im Verlaufe eines weichen Schankers ist eine so seltene Affektion, daß ihr Vorkommen sogar von vielen klassischen Verfassern geleugnet worden ist. Verfasser hat aber 50 derartige Fälle unter Michon beobachten können, über die er das Wesentlichste anführt. Die chirurgische Behandlung besteht in einer Exstirpation der inguinalen und iliakalen Drüsen, tunlichst mit einem Schnitt.

F. Loeb-München.

Behandlung des Bubo mit Röntgenstrahlen, von Walter Wittig-Hamburg. (D. m. W., 1913, Nr. 48.) 11 Fälle von Bubo wurden mit Röntgenstrahlen behandelt; davon wurden 4 Fälle nur mit Strahlen behandelt, 3 Fälle erst geöffnet und dann bestrahlt, schließlich noch 4 Fälle, die vorher operativ behandelt, aber fistulös geworden waren. Bestrahlt wurde in 4—8tägigen Intervallen zu je $^1/_2-^1/_2$ Erythemdosis; in allen Fällen trat rasche Heilung ein, wobei besonders auffiel das ganz kurz nach dem Bestrahlen auftretende Nachlassen der Schmerzen.

A. Fischer-Dresden.

Über die Behandlung der vereiterten Bubonen mit dem von Edelmann und von Müller angegebenen Methylenblau-Silber, von Johann Saphier und L. zum Busch. (D. m. W., 1913, Nr. 48.) Verfasser halten als die beste Behandlungsmethode für den Bubo suppurativus das Langsche Verfahren: Stichinzision, Entfernung des Eiters mit der Bierschen Saugglocke und Einspritzung von Argent. nitric., darüber dann feuchter Verband. An Stelle des Argent. nitric. verwenden nun Verfasser Methylenblau-

Digitized by Google

Silber in Konzentrationen von $^1/_2$—5 %, etwa 10 ccm. 124 Fälle wurden so behandelt und es zeigte sich, daß der Erfolg mit dieser Methode, was den Heilungsverlauf anbetraf, ein noch besserer war, als bei der Anwendung des Argent. nitric.

A. Fischer-Dresden.

Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Rhinophyma durch „Dekortikation", von Aimé Paul Heineck-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 10. Januar 1914.) Den guten Erfolg beweisen photographische Aufnahmen vor und nach der Operation. Diese bestand in der Abtragung der Gewebswucherungen mit einem scharfen Rasiermesser über dem wechselweise in die Nasenlöcher eingeführten Zeigefinger unter Schonung des Stützgerüstes der Nase. Dieses operative Vorgehen zeichnet sich aus durch Einfachheit, Sicherheit, Wirksamkeit und kurze Dauer, scheint aber merkwürdigerweise nicht häufig ausgeführt zu werden.

H. Fendt-Wiesbaden.

Behandlung des Rhinophymas mit Elektrolyse, von Bordier. (Semaine méd., 1913, Nr. 51.) Bordier verwendet die bipolare Elektrolyse mit 3 Nadeln. Man sticht in den zu behandelnden Teil 3 Nadeln von Platiniridum, die parallel in 2 Millimeter Abstand voneinander stehen. Die mittlere Nadel wird mit dem positiven, die beiden anderen werden mit dem negativen Pol verbunden. Der Strom wird progressiv bis auf 40 MA gebracht und die Zerstörung ist eine genügende, wenn die Gewebe von einer Nadel zur anderen eine graue Färbung angenommen haben. Dann geht man mit der Stromstärke zurück und zieht die Nadeln heraus. Die zerstörte Masse trocknet aus und löst sich in etwa 14 Tagen ab. Sind die großen Lappen zerstört, so bleiben oft noch kleinste Rauhigkeiten zurück. Diese zerstört Bordier mit Diathermie und zwar mit einer zugespitzten Metallelektrode. Das entstehende Narbengewebe ist weich und von normaler Färbung.

A. Gunsett-Straßburg.

Die elektrische Behandlung des Rhinophyms, von H. Bordier-Lyon. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 2.) Bei dem Rhinophym handelt es sich anatomisch der Hauptsache nach um enorm entwickelte Talgdrüsen; das Zellgewebe und die verdickte Kutis sind der Sitz eines chronischen Entzündungsprozesses. Verfasser bezeichnet diesen Zustand als ein „Polyadenom der Talgdrüsen mit Pachydermie". Zur Behandlung empfiehlt Bordier angelegentlich die Elektrolyse, die er meist sogar ohne Anästhesie anwendet. Seine Erfolge sind vom ästhetischen Standpunkte aus ausgezeichnet. Die Technik besteht darin, daß man in die zu zerstörende Masse drei unter sich parallele Platin-Iridiumnadeln einführt, von denen die mittlere Nadel mit dem positiven, die beiden anderen mit dem negativen Pol in Verbindung stehen. Der Strom wird langsam eingeschaltet und allmählich auf 40 MA gebracht. Nimmt das Gewebe zwischen den Nadeln eine graue Farbe an, so ist eine genügende Einwirkung erzielt. Nach einigen Stunden nimmt die zerstörte Masse ein schwärzliches Aussehen an, in der Folge wird sie brandig, vertrocknet dann und ungefähr 14 Tage nach der Sitzung hat sich alles gereinigt. Zuweilen bleiben nach der elektrolytischen Behandlung großer Rhinophymlappen kleine Erhebungen oder Rauhigkeiten zurück, für diese nimmt Verfasser die Diathermie zu Hilfe. An 9 Abbildungen werden die kosmetisch glänzenden Resultate illustriert.

H. Rausch-Darmstadt.

Aktinomykose des Nackens und Gesichts, von A. Poncet-Lyon. (M. Press a Circ., 22. Juli 1914.) Junge Frau von 21 Jahren aus Bresse, einem feuchten Ort, wo viel Getreide gebaut wird; aus dieser Gegend sind schon öfters Fälle von Aktinomykose nach Lyon gekommen. Die Frau ist eine Bäuerin, die viel mit Vieh, besonders mit Kühen zu tun hat. Die Krankheit begann mit Schmerzen im Unterkiefer und Anschwellung. Da mehrere hohle Zähne vorhanden waren, wurde zuerst ein Zahnarzt konsultiert, der mehrere Extraktionen machte; die Beschwerden besserten sich zwar,

Digitized by Google

aber nur für wenige Tage. Dann verschlimmerte sich der Zustand, es trat Trismus auf und die Submaxillardrüsen schwollen an. Als die Patientin ins Hospital kam, bestand eine ausgedehnte Anschwellung der Backe und Submaxillargegend; die Geschwulst war rötlichblau, entzündet, von pappiger Konsistenz, ohne Neigung zur Eiterung. Hier und da entstanden fluktuierende Bläschen; beim Öffnen derselben entleerte sich kein Eiter, sondern ein charakteristisches blutig gefärbtes Serum mit gelben Körnchen, deren mikroskopische Untersuchung die aktinomykotische Natur der Krankheit erwies. Ein Fehlen dieser spezifischen Elemente schließt jedoch die Diagnose nicht aus, da dieselben namentlich nach begonnener Jodbehandlung schnell verschwinden. Pathognomisch für diese Krankheit ist der ausgesprochene Trismus, das Sprechen ist gestört und das Kauen unmöglich. Die Behandlung besteht in äußerlicher und innerlicher Jodbehandlung. In hartnäckigen Fällen wird außerdem noch Arsenik subkutan gegeben; ferner setzt man die befallenen Teile gern den Sonnenstrahlen aus, da diese die Weiterentwicklung der Krankheit zu hindern vermögen. F. John-Leipzig.

Atypische Aktinomykose, von J. Nicolas Massia, Gaté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 20.) Vorstellung eines Knaben mit Aktinomykose, die aber verschiedene Eigentümlichkeiten darbot. So vor allem das Freibleiben des Kopfes; dafür waren andere Körperteile, die Brust, die Beine befallen. Teilweise hatten die Herde das für Aktinomykose charakteristische Aussehen, andere dagegen waren ganz uncharakteristisch, wie kalte Abszesse, pustulös, zirzinär angeordnet, ekthymatös. Die Diagnose wurde mikroskopisch sichergestellt. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der Aktinomykose mit Röntgenstrahlen, von Emil Sardemann-Marburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 90, H. 1.) Auf der Marburger Klinik hatten die Röntgenbestrahlungen der Aktinomykose guten Erfolg. W. Chrzelitzer-Posen.

Rhinosklerom, von O. Richards-Cairo. (Brit. m. J., 20. Sept. 1913.) Verfasser berichtet unter Beigabe von Abbildungen (bei Gelegenheit der Jahresversammlung der British Medical Association) über 4 zum Teil kolossal ausgebildete Fälle von Rhinosklerom bei Ägyptern. Da die chirurgische und die interne Behandlung (Jodkalium) beide keinerlei Aussicht auf Erfolg bieten, hat er durch Injektion einer mit dem Rhinosklerombazillus hergestellten Vakzine einzuwirken versucht; doch war auch hierbei irgend ein Erfolg nicht zu verzeichnen. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein mit Vakzine erfolglos behandelter und durch Anwendung physikalischer Behandlungmethoden gebesserter Fall von Scleroma respiratorium der Nase und des Rachens, von H. Mestscherski und F. Grintschar. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Es handelt sich um einen 25jährigen Patienten, aus dem Kiewer Gouvernement gebürtig. Sowohl eine örtliche als allgemeine Vakzinotherapie mit inkapsulierten und auch mit dekapsulierten Bazillen war völlig erfolglos. Dagegen brachte einen vollen Erfolg die Behandlung mit physikalischen Methoden, unter diesen in erster Reihe die X-Strahlen. G. Heymann-Elbing.

Salvarsan beim Rhinoskleroma, von Louis G. Kaempfer-New York. (New York m. J., 28. März 1914.) Nach Behandlung eines eigenen Falles und Berücksichtigung der andererseits behandelten Fälle kommt Kaempfer zu dem Schlusse, daß nach den bisherigen Erfolgen Salvarsan ohne Wirkung auf das Rhinosklerom ist. Im übrigen erklärt Kaempfer, die Ursache desselben sei noch so weit von sicherer Erklärung, wie je zuvor entfernt und der Frischsche Bazillus nur bei Sekundärinfektionen anwesend. Die amerikanische Literatur würde zweifellos viel mehr Fälle des Leidens aufweisen, wenn bei der Diagnose von Nasentumoren zweifelhafter Natur mehr an dasselbe gedacht würde. Die besten therapeutischen Mittel sind gegenwärtig noch X-Strahlen und Radium. M. Stern-München.

Digitized by Google

Granuloma fungoides, von M. G. Wohl-Philadelphia. (Am. J. m. Scienc., Oktober 1914.) Verfasser schildert einen typischen Fall von Mycosis fungoides mit Einschluß des histologischen Befundes von einem mittelgroßen Tumor. Die Literatur ist abrißweise berücksichtigt. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Pseudo-Elefantiasis, von Paul W. Howle-Richmond, V. A. (J. of Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 7.) Eine farbige Arbeiterin, wahrscheinlich Prostituierte, bekam vor drei Monaten Anschwellungen beider Labien, schmerzlos, aber stark juckend. H. findet bei der Untersuchung an beiden Labien bis zu den Knien herabhängende Geschwülste; dieselben sind zum Teil ulzeriert und sondern große Mengen von Lymphe ab. Gewichtsabnahme seit Beginn der Krankheit = 20 Pfund. Filaria sanguinis hominis werden nicht gefunden, Wassermann: positiv. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab stark ödematöses Bindegewebe und geringe perivaskuläre Anhäufungen von Rundzellen. H. gab seine erste Diagnose: Elefantiasis auf und erinnerte sich nach längerer Beobachtung, daß auch bei infiltrierender Syphilis ähnliche Erscheinungen vorkommen. Die zusammen 12 Pfund schweren Geschwülste wurden zunächst operativ entfernt; da nach einer Woche bereits Rezidive auftraten, wurde mit Erfolg Salvarsan gegeben; das Ödem verschwand prompt und eine zweite Dosis Salvarsan nach drei Wochen brachte die Heilung mit Verlust der Labien.
F. John-Leipzig.

Über anämisches Erysipel, von Ernst v. Czyhlarz. (B. kl. W., 1914, Nr. 23.) Verfasser bezeichnet als solches drei Fälle, die klinisch gerade wie Erysipel verliefen, nur daß der erysipelatösen Schwellung die Rötung fehlte, die Gesichtspartien vielmehr blaß und weiß waren, ähnlich wie nephritische Schwellungen. E. Klemm-Leipzig.

Erysipelas kontra Nephritis, von F. Glaser. (B. kl. W., 1913, Nr. 48.) Eine subakute, mit stärksten Ödemen, Aszites, Hydrothorax einhergehende Nierenentzündung ging bei einem 12jährigen Knaben infolge eines Rumpf- und Oberschenkelerysipels in dauernde Heilung über, bei welchem Vorgange einerseits antitoxische Wirkungen, andererseits, vielleicht auch infolge der Hauthyperämie, veränderte Zirkulationsverhältnisse in der Niere eine Rolle gespielt haben können. G. Heymann-Elbing.

Erysipelas staphylococcicum, von Reiche. (Zbl. f. d. ges. M., 1914, Nr. 44.) Ein typisches Erysipel nahm seinen Ausgang von einer oberflächlichen Hautläsion am Nasenrücken, anscheinend einem Herpes, und überzog Nase, obere Wange, Lider, Stirn und Kopfhaut. Der Parenchymsaft aus seinen lebhaft entzündeten Randpartien und das Blut im Leben wie nach dem Tode, enthielt ausschließlich den Staphylococcus albus. Im Gegensatz zu den Streptokokkenerysipelen, die meistens lokal blieben, scheinen die Staphylokokkenerysipele — wie auch im vorliegenden Falle — zu schweren pyämischen Gesamterscheinungen und Exitus zu führen. E. Brinitzer-Altona.

Über die Behandlung des Erysipels, von Arneth. (Ther. d. Gegenw., Sept. 1914.) Auf Grund jahrelanger Erfahrung bei der Behandlung von mehreren Hunderten von Erysipelfällen kommt A. zu demselben Schlusse, zu dem die erfahrensten Kliniker, besonders sein Lehrer Leube, gekommen sind, daß die Rose zu den von selbst (d. h. von innen heraus) heilenden Krankheiten gehört und daß sie daher (einstweilen) nur symptomatisch zu behandeln ist. Darum ist und bleibt auch bei der Rose die allgemeine Kräftigung des Organismus, die Behandlung des Herzens, die Bekämpfung des hohen Fiebers, die Regelung der Ernährung, des Stuhlgangs, die gute Pflege die Hauptsache. Als beste symptomatische Behandlung empfiehlt A. 3—4 mal täglich mit einem Haarpinsel 5% Karbolöl auf die erkrankten Partien und Umgebung (kein Verband!) aufzupinseln. Eine Karbolintoxikation wurde trotz zahlreicher und ausgedehnter Anwendung nie beobachtet. Das Karbolöl wirkt entspannend, resorptiv-desinfizierend und anästhesierend. Die Blut-

Digitized by Google

untersuchung beim Erysipel nach der vom Verfasser angegebenen qualitativen Blutuntersuchungsmethode hat ergeben, daß das neutrophile Blutbild bei mehr oder minder erhöhter Leukozytenzahl zu Anfang am schwersten geschädigt ist, und daß dann ziemlich parallel Leukozytenzahl und Blutbild wieder zur Norm zurückkehren. Die kritische Entscheidung geht scheinbar im Blute vor sich und macht das unberechenbare Verhalten des Erysipel erklärlich. Verfasser bespricht die gesamte Erysipeltherapie anderer Verfasser; er verhält sich aus den oben angegebenen Gründen zumeist ablehnend, besonders gegen die Methoden der Erzeugung eines künstlichen Schutzwalls, der Serumtherapie und der Autovakzination. E. Brinitzer-Altona.

Die Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum, von O. Poláк-Böhmisch-Brod. (M. m. W., 1914, Nr. 47.) Die von einigen wenigen Verfassern empfohlene Verwendung von Antidiphtherieserum bei Erysipel bestätigt P. auf Grund seiner Erfahrungen bei 73 damit behandelten Patienten durchaus, was wenigstens die unkomplizierten Fälle betrifft. Er hat im Krankenhaus seit 1905 allerdings auch 62 Erysipelkranke ohne Serum behandelt und hatte dabei eine Mortalität von 9,6%. Bei der Behandlung mit Serum war aber die Mortalität viel geringer (4,1%), und die durchschnittliche Behandlungsdauer war um acht Tage abgekürzt. Es ist aber nötig, ausgiebige Dosen zu verabreichen, mindestens 3—4000 oder auch 5000 Einheiten, und die Injektion zu wiederholen, falls in 24—48 Stunden ein wesentlicher Erfolg nicht eingetreten sein sollte. Die Injektionen wurden von P. teils subkutan, teils intramuskulär gegeben, ohne daß ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung zu erkennen wäre. Wo sehr schnelle Wirkung erwünscht ist, dürfte die intravenöse Einführung anzuraten sein. A. Philippi-Salzschlirf.

Abortive Erysipelbehandlung, von Joh. Kumaris. (B. kl. W., 1914, Nr. 20.) Verfasser empfiehlt als solche nach seinen Erfahrungen in allerdings nur einem Falle, einem Soldaten, der ein Erysipel des Oberschenkels hatte, die möglichst bald vorzunehmende Kauterisation der ganzen geröteten Oberfläche mit dem Thermokauter in einer Sitzung. E. Klemm-Leipzig.

Zur Behandlung des Erysipels, von V. Berglund-Halmsted. (Almänna Svenska Läkaretid., 1914, Nr. 21.) Verfasser hat in 15 Fällen von Erysipel mit verschiedener Ausbreitung Kälte an den Grenzen des Erysipels angewandt, teils in Form von Äthylchlorid (im Gesicht und am Kopf), teils von Ätherspray. Selbst bei ausgedehnten Fällen hat er ausgezeichnete Resultate gesehen. Die Kälte muß täglich mehrere Male angewendet werden und zwar sehr energisch, und keine Stelle darf übergangen werden.
W. Holland-Kristiania.

Beitrag zur Frage: Behandlung des Erysipels mittels Kälte, von G. Nyström. (Almänna Svenska Läkaretid., 1914, Nr. 22.) Im Anschluß an vorstehende Mitteilung Berglunds erwähnt Verfasser, daß er das Erysipel mit Kohlensäureschnee auf die verschiedenste Weise behandelt hat, ohne ein spezielles Resultat gesehen zu haben. Er glaubt, daß die physikalische Wirkung bedeutungslos ist, daß aber die chemische (von Äther, Äthylchlorid) möglicherweise etwas Gutes an sich haben kann.
W. Holland-Kristiania.

Zur Behandlung des Erysipels, von J. Ammitzböll. (Almänna Svenska Läkaretid., 1914, Nr. 23 u. 25.) Von der Ansicht ausgehend, daß das Erysipel von einem Bakterium verursacht wird, das der Luft zu seiner Entwicklung bedarf, „erstickt" Verfasser seit 15 Jahren die Mikrobien durch Pinselung mit Kollodium, so daß eine feste Decke mindestens 6 cm über die Grenze des Prozesses hinaus gebildet wird.
W. Holland-Kristiania.

Die örtliche Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur, von F. Parisi-Modena. (Policlinico, 1913, Nr. 35.) Außer der großen Einfachheit und Reinlichkeit bietet die

Digitized by Google

Behandlung des Erysipels mit Jodtinktur den großen Vorteil, daß eine Ausdehnung des infektiösen Prozesses in der Umgebung verhütet und die Dauer der Krankheit abgekürzt wird. Da die reine Jodtinktur lokale Schmerzen hervorrufen kann, empfiehlt Verfasser die Anwendung eines Gemisches, zu gleichen Teilen, von Jodtinktur und Glyzerin, das ebenso gut wirkt. K. Rühl-Turin.

Über die kutanen Erscheinungen bei Malaria, mit besonderer Berücksichtigung einer Form von Ekthyma, von L. Chimisso-Neapel. (Riforma med., 1914, Nr. 13—14.) Bei Malariakranken kommen verschiedenartige Hautmanifestationen vor. Von primären Effloreszenzen wurden beobachtet: Flecken (Strack, Notaryanni, Comparetti, Puccinotti u. a. m.), Papeln (Torli, Barbarotta, Moscato), Papulovesikeln (Brocq), Knoten oder Tuberkula (Puccinotti, Obedenaro, Laveran, Massucci), Pomphi, Bläschen, Blasen (Dorotea, Döring), Pusteln (Dekker, Haller, Lanzoni, Torli, Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Dorotea, Barbarotta); von sekundären Effloreszenzen: Schuppen (Puccinotti), Geschwüre (Cross). Von Hauteruptionen kommen vor: Herpes (Corre, Kelsch und Kiener, Marchiafava und Biguami, Laveran, Mac Farlane, V. J. Engmann), Urtikaria (Werlhoef, Borsieri, Puccinotti, Barbarotta, Corre, Laveran, Moscato, Marchiafava und Biguami, Engmann, Todd Charles, Patakosta, Wels), Petechien (Werlhoff, Morandi, Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Barbarotta), skarlatiniformes Exanthem (Morton, Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Barbarotta, Moscato, Bastianelli und Biguami, Billet, Masucci, Tarasconi), pustulöse Exantheme (Torli, Dekker, Aller, Lanzoni, Strack, Notaryanni, Puccinotti, Dorotea, Barbarotta), Miliaria (Borsieri, Notaryanni, Puccinotti, Barbarotta), Exanthema morbilliforme (Barbarotta, Marchiafava und Biguami, Masucci), Erythema nodosum (Puccinotti, Obedenaro, Boicesco, Moncorvo, Laveran, Moscato, Masucci), Purpura (Werlhoff, Puccinotti, Corre, Engmann), Rash erythematosum (Marchiafava und Biguami, Vaccari, Engmann), Erythema multiforme (Engmann), Pemphigus (Döring). Besondere Erwähnung verdient eine Form von Erythema, die das Ekthyma syphiliticum vortäuscht, sich aber von diesem durch einen schwärzlichen Vorhof, durch das Auftreten und Fortbestehen während des Malariafiebers, durch die gleichzeitige melanodermatische Pigmentierung der Haut des Rumpfes und schließlich dadurch unterscheidet, daß es durch die antimalarische Therapie beeinflußt wird. Alle erwähnten Läsionen stehen in direkter Beziehung zur Malaria. Die wichtigste Hauterscheinung ist die Melanodermie, dieselbe heilt aber, im Gegensatz zu den übrigen, nicht.

K. Rühl-Turin.

Ein Fall von Holzphlegmone des Halses (Phlegmon ligneux), von G. Parker-Bristol. (Brit. m. J., 3. Jan. 1914.) Diese zuerst von Reclus (1893) beschriebene Affektion scheint bisher in England noch nicht beobachtet oder wenigstens nicht beschrieben worden zu sein. P. berichtet über einen 74jährigen, robusten Herrn, der im Anschluß an eine Zahnaffektion eine diffuse, schmerzlose, aber allmählich bretthart werdende Schwellung in der Gegend des Masseters und des Halses akquirierte. Während acht Monate waren die Kiefer so fest aneinander gepreßt, daß kaum die Klinge eines Messers dazwischen eingeführt werden konnte. Im ganzen dauerte der Prozeß 19 Monate und bot zeitweilig große Ähnlichkeit mit einer malignen Neubildung dar. Der durch Inzision und durch Fistelbildung entleerte Eiter enthielt nur Staphylococcus pyogenes aureus. Die Behandlung war im wesentlichen eine symptomatische. Die Injektion einer autogenen Vakzine scheint wenig genützt zu haben. A. Philippi-Salzschlirf.

Über Nekrose des Zahnfortsatzes des Unterkiefers im Anschluß an Stomatitis ulcerosa, von Kurt Hannsa-Kiel. (Beitr. z. kl. Chir., 1913, Bd. 87, H. 3.) Ein sehr interessanter Fall von Kiefernekrose bei einem Patienten, bei dem die sonst dafür

Digitized by Google

in Betracht kommenden ätiologischen Momente (Vergiftung mit Phosphor, Fluornatrium, Quecksilber, Arsen, Perlmutter) wegfallen, so daß differentialdiagnostisch nur Lues, Tabes oder Stomatitis ulcerosa in Frage kommen. Obwohl WR kurz vor dem Tode des sehr kachektischen Patienten zweifelhaft, unmittelbar nach dem Tode positiv war, beweist das bei dem hochgradigen Marasmus des Patienten, der abgesehen von der Kiefererkrankung auch ein, wenn auch nicht sehr ausgedehntes Magenkarzinom hatte, nichts. Lues war in Abrede gestellt und eine nahezu fatale Nekrose des vom Zahnfleisch fast völlig entblößten Ober- und Unterkiefers kommen weder bei der Tabes noch bei der Lues vor. Es bleibt, wie der Verfasser bemerkt, nur die Deutung, daß die Erkrankung als Stomatitis ulcerosa aufzufassen ist, die sich vielleicht auf einer bestehenden Stomatitis catarrhalis entwickelt hat, und deren überaus maligner Verlauf durch die von dem Karzinom bedingte Kachexie des Patienten noch erklärlicher wird. O. Lasch-Breslau.

Über zwei Fälle von Plaut-Vincentscher Stomatitis ulcerosa, von Tièche-Zürich. (Korr. Bl. Schweiz., 1913, Nr. 51.) Die Geschwürsbildungen hierbei sind luetischen Veränderungen sehr ähnlich und können leicht zu folgenschweren Verwechslungen Veranlassung geben. Negative Wassermannsche Reaktion und positiver bakteriologischer Befund (Spirillen und fusiforme Stäbchen) schützen vor der Fehldiagnose. Die Therapie besteht in Pinselungen mit 0,1 Altsalversan: 10% Wasser. Mitteilung von zwei Fällen, die fälschlich als Lues dignostiziert waren.

O. Valentiner-Leipzig.

Über „Noma" auf den Philippinen, mit Beschreibung eines geheilten Falles, von C. M. Reyes-Manila. (Philippine J., 1913, Bd. 8, H. 5.) Fälle von „Noma" sind auf den Philippinen ziemlich selten und kommen meist als Folgeerkrankung der Masern vor; leider gehen die meisten Patienten zugrunde, weil sie zu spät in Behandlung kommen, um durch chirurgische Eingriffe noch gerettet werden zu können. Der von Reyes beschriebene Fall von Noma verdankt seine Heilung wohl dem Umstande, daß die Krankheit während eines Hospitalaufenthaltes des Kindes, das wegen eines Empyems aufgenommen war, auftrat. In der Rekonvaleszenz von der Empyemoperation trat bei dem sehr erschöpften Kinde von $1^1/_2$ Jahren an der Oberlippe Schwellung und Ödem auf mit leichter Nekrose; in zwei Tagen hatte die Gangrän weit um sich gegriffen, es war kaum die Aufnahme flüssiger Nahrung möglich und der schlechte Allgemeinzustand des Patienten verbot energischen chirurgischen Eingriff, der eine Totalanästhesie erfordert hätte. Die befallenen Stellen wurden erst mit Karbol, dann mit Jod gepinselt, anscheinend ohne Erfolg, so daß am 10. Tage der Zustand ein sehr elender war; da trat eine entschiedene Besserung im Allgemeinbefinden ein, es bildete sich eine Demarkationslinie und am 20. Tage zeigten die Ränder der gangränösen Partien Heilungstendenz; von da an ging die Genesung vor sich, doch ist das Kind noch nicht so weit hergestellt, um durch eine plastische Operation die Defekte an der Oberlippe bis zur Nase zu decken. Im Anschluß an diesen Fall stellt der Verfasser seine Betrachtungen über Noma an: Die Krankheit ergreift meist Kinder und besonders Mädchen, tritt meist im Anschluß an sehr schwächende Infektionskrankheiten (speziell Masern und Typhus) auf; Prädisposition wird durch Unsauberkeit, Unterernährung, Kachexie geschaffen. Befallen werden gewöhnlich Mund und Wangen, seltner die Vulva und der Anus. Die Prognose ist schlecht, 80% sterben bis zum zehnten Tage, da die Patienten meist zu spät in Behandlung kommen. Obwohl die Erkrankung oft sich vereinzelt zeigt, so ist auch epidemisches Auftreten beobachtet worden, und da die Erkrankungsstellen meist an den Öffnungen der Schleimhäute liegen, so muß man wohl an einen bakteriologischen Ursprung denken. Im vorliegenden Falle hatte Reyes längliche Spirillen und spindelförmige Mikroorganismen in dem Belage gefunden und im Blute Staphylococcus aureus

Digitized by Google

und albus. Es handelt sich also wohl um Mischinfektionen. Einige Forscher fanden einen schmächtigen Mikroorganismus von der Leptothrixklasse, einige erhielten aus den oberen Schichten des nekrotischen Gewebes Kulturen mit vielerlei Mikrobien, während die tieferen Schichten lange, fadenförmige Bakterien fast in Reinkultur enthielten, die sich nach GRAM leicht entfärbten, aber auf den gewöhnlichen Nährböden nicht wuchsen.

O. Lasch-Breslau.

Ein weiterer Fall operativ geheilter Noma, von ANTON BERGMANN. (Prag. m. W., 1914, Nr. 23.) Verfasser beschreibt einem im Anschluß an Keuchhusten entstandenen Fall von Noma eines fünfjährigen Mädchens, der mit Exzision mittels Thermokauter behandelt wurde, wobei auch ein Teil des Processus alveolaris des Oberkiefers geopfert werden mußte. E. Klemm-Leipzig.

Über einige Fälle von Gasphlegmonen, von FRANKE-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 45.) Im Feldlazarett hat FRANKE sechs Fälle dieser Erkrankung beobachtet; er hat durch schleuniges Operieren, selbst wo es nicht möglich war, das ganze erkrankte Gebiet zu entfernen, gelegentlich Erfolg gehabt. A. Philippi-Salzschlirf.

Progressive Ernährungsstörungen.

Über Gasgangrän, von O. FRAENKEL. (M. m. W., 1914, Nr. 45.) Verfasser hebt in kurzer präziser Schilderung die Hauptmomente dieser für die Kriegsverletzungen besonders aktuellen Komplikation hervor. In ätiologischer Beziehung kommt dabei in erster Linie der 1892 entdeckte FRAENKELsche Gasbazillus in Betracht, ein obligat anaerober, unbeweglicher, ziemlich kurzer, dicker, nach GRAM und erst recht nach WEIGERT sich gut färbender Mikroorganismus, der von dem Milzbrandbazillus und dem Bazillus des malignen Ödems sich schon morphologisch unterscheidet. Entscheidend sind die Resultate der Impfung auf Meerschweinchen und Kaninchen, und dies meist in 12 bis 18 Stunden. Letztere Tierart ist gegen den Gasbazillus völlig refraktär, für malignes Ödem dagegen sehr empfänglich; während beim Meerschweinchen beide Krankheiten prompt in exquisiter Weise zur Entwicklung kommen. Im klinischen Bilde ist das Hauptmoment die enorm starke Gasentwicklung im subkutanen Gewebe und den Muskeln mit beängstigend rascher Ausbreitung derselben bei geringer Ansammlung von fleischwasserartiger Flüssigkeit und vollständigem Mangel an Eiterung. Man kann demnach neben der Bezeichnung Gasbrand wohl auch den Ausdruck „malignes Emphysem" gebrauchen; dagegen ist es nicht angebracht, von „Gasphlegmone" zu sprechen. Therapeutisch kommt neben möglichst frühzeitigen ausgiebigen Inzisionen die Zufuhr von Sauerstoff (aus Bomben und durch Tampons mit H_2O_2) in Betracht. Es sind nach bisherigen Berichten etwa $^1/_4$ der Erkrankten am Leben geblieben.

A. Philippi-Salzschlirf.

a. Maligne.

Ätiologie und Diagnose der bösartigen Geschwülste, von A. WEICHSELBAUM. (W. m. W., 1914, Nr. 26.) Betreffs der Ätiologie der malignen Neoplasmen bestehen zwei Gruppen von Theorien; eine solche, welche die Ursache der Geschwulstbildung außerhalb und eine solche, die diese innerhalb der Geschwulstzellen sucht. In die erste Gruppe gehört die Irritationstheorie (Trauma, chemische und aktinische Reize), die Theorie des gestörten Gleichgewichts (Atrophie des Bindegewebes durch das Senium, Wunden, Narben, Nekrosen oder Ulzerationen und Überwiegen des epithelialen Wachstums) und die der parasitären Genese. Die zweite Gruppe umfaßt die von COHNHEIM aufgestellte Lehre von der embryonalen Anlage, die RIBBERTsche Theorie, welche als

Digitized by Google

Anlaß nicht bloß kongenital, sondern auch postfötal versprengte Zellen annimmt, und schließlich die Theorie vom veränderten Zellchemismus. Bezüglich der Diagnostik spricht im allgemeinen die Größe der Tumoren für Sarkom, Pilzform für Karzinom; abgesehen vom Szirrhus sind weiche Geschwülste bösartiger als harte, ebenso ulzerierende als geschlossene, während Metastasenbildung ohne weiteres die Malignität bestätigt. Zur weiteren Erhärtung der Diagnose dient die mikroskopische Untersuchung des Geschwulstsaftes und diejenige von Gefrierschnitten. In der letzten Zeit kommen noch die serologischen Methoden von Freund-Kaminer, Ascoli und Abderhalden hinzu.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Strahlentherapie der Geschwülste, von B. Keetmann. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Es handelt sich um eine Erwiderung auf die Arbeit von S. Löwenthal unter obigem Titel in Nr. 33 dieser Wochenschrift, dessen teilweise falsche Vorstellungen Verfasser richtigzustellen sucht. G. Heymann-Elbing.

Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe, von B. Keetmann. (B. kl. W., 1914, Nr. 16.) Bei der Behandlung der Frage, ob Röntgen- und Mesothorstrahlen bei der Behandlung des Karzinoms gleichwertig sind, deuten Anzeichen darauf hin, daß zwischen beiden Strahlenarten biologische Verschiedenheiten existieren, d. h. kommen gleiche Energiemengen beider Strahlensorten im Gewebe zur Absorption, so ist die biologische Wirkung nicht die gleiche. Daran kann weder eine geringe Steigerung der Strahlenhärte, noch eine enorme Quantitätserhöhung der Röntgenapparate etwas ändern. G. Heymann-Elbing.

Die Bestrahlungs- und chirurgische Behandlung maligner Neubildungen, von Leopold Freund-Wien. (D. m. W., 1913, Nr. 43.) Verfasser berichtet über 176 Fälle von malignen Neubildungen, einem Material von 12 Jahren aus der Fingerschen Klinik. 137 Fälle wurden mit Röntgenstrahlen behandelt. 32 Fälle wurden geheilt, 60 Fälle gebessert, 24 Fälle nur subjektiv gebessert, 5 Fälle ungeheilt, 36 Fälle starben. Die besten Resultate wurden bei Epitheliom, Ulcus rodens, Paget disease erzielt. Es war ausnahmslos eine $1^1/_2$—5 Jahre dauernde Behandlung in Bestrahlungsserien nötig. Zumeist folgten nach 2—4 Monaten lokale Rezidive. Die später auftretenden Rezidive wurden immer resistenter gegen Röntgenbestrahlungen, so daß schließlich auch große operative Eingriffe den letalen Verlauf nicht mehr aufhalten konnten. Es mußte, um befriedigenden Erfolg zu haben, die erste Bestrahlung so groß gegeben werden, daß eine Exkoriation entstand, die durch fortgesetzte rasch aufeinander folgende Bestrahlungen längere Zeit offen gehalten wurde. 19 Fälle wurden chirurgisch vorbehandelt, meist mit scharfem Löffel ausgekratzt. Bei einem mit Thermokauter vorbehandelten Melanosarkom war der Erfolg sehr schlecht. Von den mit radioaktiven Präparaten behandelten 19 Fällen wurden 7 geheilt, 3 gebessert, 3 chirurgisch weiterbehandelt, 4 starben, 2 blieben nach der Bestrahlung aus. Die 7 Heilungen betrafen 6 Epithelioma und 1 Fall von Sarcoma ideopathicum Kaposi. Die Exposition der einzelnen Stellen betrug 50 - 1800 Milligrammstunden. Auch hier wurden die Erfahrungen gemacht, daß nach längerer Zeit, in einem Falle nach 4 Jahren, an denselben Stellen Rezidive auftraten. In der Wirkung konnte er keinen wesentlichen Unterschied zwischen Röntgen-, Mesothorium- und Radiumstrahlen konstatieren, außer daß die mit dicken Bleischichten gefilterten Radiumpräparate eine größere Tiefenwirkung hatten als die Röntgenstrahlen. Es mußten aber dann die zur Verfügung stehenden Radiumpräparate außerordentlich lang appliziert werden. Eine maligne Neubildung infolge der Bestrahlungen ist ihm nicht bekannt geworden. Bei tiefem Sitz der Neubildungen waren wohl Besserungen, nie aber Heilungen zu verzeichnen. O. Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Über den gegenwärtigen Stand der Radiumtherapie bösartiger Geschwülste, von E. SCHLESINGER-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 46.) Verfasser betont mit aller Energie, daß mit Ausnahme ganz oberflächlicher Hautkankroide keine bösartige Neubildung, die noch irgend eine Aussicht einer radikalen Entfernung durch das Messer gibt, Gegenstand der Bestrahlungstherapie sein soll. Das unumstrittene Indikationsgebiet des Radiums ist die Behandlung der inoperablen Krebse und der Operationsrezidive. Das für den therapeutischen Effekt wichtigste Moment ist die Menge des im Einzelfalle benutzten Materials und der gegenwärtige therapeutische Hauptgrundsatz soll lauten: Bestrahlung mit zunächst möglichst großen Dosen unter möglichster Reduktion der Filterdicken und möglichster Vermeidung der Sekundärstrahlung. Im Gegensatz zu anderen Verfasser konnte Verfasser eine günstige Beeinflussung karzinomatöser Drüsen und aller Sarkomformen beobachten. O. Haller-Dresden.

Ein Vortrag über Radium und die Behandlung von malignen Neubildungen, von R. KNOX-London. (Brit. m. J., 7. Juni 1913.) Verfasser bestätigt, daß die chirurgische Behandlung den Vorzug verdient, daß aber das Radium als Adjuvans, als palliatives oder auch als vorbereitendes Mittel wertvolle Dienste leistet, was er durch klinische Erfahrungen begründet. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Verwendung von kolloidem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren, von HELENE HÖLDER-Tübingen. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Das kolloide Selen, das unter dem Namen „Se Sol" in den Handel kommt, wurde bei 9 Patienten angewandt. Es wurde jeden zehnten Tag unmittelbar vor der Röntgensitzung injiziert. Dadurch wird nicht nur eine Sensibilisierung des Tumors, sondern auch ein chemotherapeutischer Effekt erhofft, vermöge dessen es „karzinomstörend" wirken könnte. Unangenehme Begleiterscheinungen zeigten sich durch das Mittel nicht. Über die klinischen Erfolge der Selentherapie vermag sich wegen der Kürze der Zeit die Verfasserin noch nicht zu äußern. Daß das Selen tatsächlich seinen Weg zum Tumor findet, also wirklich tumoraffin zu sein scheint, glaubt Verfasserin aus folgendem Fall schließen zu können: Einer Patienten mit operabelem Kollumkarzinom wurden innerhalb 24 Tagen 10 Injektionen mit Selen gemacht. Nach der Operation gelang es in dritter Reaktion Selen vollkommen einwandfrei in der Tumorasche nachzuweisen. H. Rausch-Darmstadt.

PAGETsche Erkrankung am Anus und Genitale, von O. KREN. (Wien. klin. Rdsch., 1914, Nr. 5.) Es findet sich ein scharf umschriebener rötlicher indurierter Fleck, in dem Inseln von normaler Haut vorhanden sind. Die hintere Vaginalwand ist ähnlich erkrankt, im Rektum besteht ein Karzinom. Histologisch zeigt sich Verbreiterung der Epithelzapfen, Degeneration von Zellen und Rundzelleninfiltration des Bindegewebes.
R. Frühwald-Leipzig.

3 Fälle von PAGETscher Krankheit der Brustwarze, von BENDER und VAUDESCAL. (Bull. méd., 1914, Nr. 37.) Die 3 Fälle zeigen, daß die PAGETsche Krankheit ein Hautkrebs ist; dieser hat auf die Milchgänge übergegriffen.
R. Frühwald-Leipzig.

Morbus DARIER (Psorospermosis follicularis vegetans), von LEO OPPENHEIM. (Diss., München 1913.) Zusammenfassung: 1. Die DARIERsche Krankheit ist kein klinisch einheitliches Bild. 2. Die von DARIER beschriebenen „corps ronds" und „grains" sind nicht protozoenhaltiger Natur und für die Krankheit nicht absolut charakteristisch, sie kommen auch inkonstant vor. 3. Die Erblichkeit, resp. die Disposition für die Krankheit ist wahrscheinlich. 4. Das Alter der mit dieser Krankheit behafteten Personen schwankt nach den Angaben der Literatur zwischen dem Kindes- und dem Greisenalter. 5. Auffallend häufig haben die Kranken früher an seborrhoischen Haut-

Digitized by Google

affektionen gelitten. 6. Das Gesamtbefinden bei der Dermatose ist nicht wesentlich gestört. 7. Die Krankheit ist nur bei der ärmeren Bevölkerung beobachtet worden.

F. Loeb-München.

Plasmomyelom der Haut, von C. Kreibich-Prag. (Fol. haemat., 1914, Bd. 18, H. 2.) Bei einer 78jährigen Patientin entstand im Laufe mehrerer Monate auf dem Nasenrücken zu den Nasenflügeln hinziehend und auch auf die Schleimhaut der Nase übergreifend ein derbes Infiltrat von düster-gelbroter Farbe mit zyanotischer Komponente, das an einzelnen Stellen zu buckeligen Tumoren vorgewölbt war. Zunächst keine Lymphdrüsenschwellung. Blutbefund stets normal. Die diagnostisch unklare Erkrankung geht auf Röntgen zunächst zurück, jedoch treten bald darauf neue Tumoren in der Wange, an beiden Oberarmen, am harten Gaumen und schließlich am Oberschenkel auf; gleichzeitig Spontanfrakturen des rechten Unterschenkels und später der linken Ulna. Exitus an interkurrenter Pneumonie. Sektion zeigt außerdem noch Tumoren in verschiedenen Knochen und Lymphdrüsen. Histologisch erweisen sich sämtliche Tumoren als aus Plasmazellen aufgebaut. K. faßt den Fall als eine Systemerkrankung auf, derart, daß die einzelnen Tumoren voneinander unabhängig aus Zellen entstanden sind, die sich an Ort und Stelle gebildet haben, und zwar aus Plasmazellen. Er deutet den Fall nach seinem Verlauf als medulläre plasmazelluläre Pseudoleukämie im Sinne Pappenheims, mit lokal malignem, mehr blastomatösem Charakter. O. Gans-Hamburg.

Dekortikation der Zunge wegen Leukoplakie, von Schwartz. (Soc. de Chir., 29. Oktober 1913.) Der Verfasser berichtet über einen Fall von Leukoplakie der Zunge, in welchem Heilung durch Schälung der ganzen Dorsalseite der Zunge unter Kokainanästhesie erzielt wurde. A. Gunsett-Straßburg.

Boeckssches Sarkoid, von S. E. Sweitzer-Minneapolis. (J. Am. m. Assoc., 19. Sept. 1914.) Verfasser berichtet unter Beifügung von wohlgelungenen makroskopischen und mikroskopischen Photogrammen über einen ausgeprägten Fall bei einer 53jährigen Schwedin. Die in der Tiefe des Dermas gelegenen Tumoren bestanden hauptsächlich aus epitheloiden Zellen mit schwach sich färbenden Kernen nebst einigen in den Herden peripher gelagerten Lymphozyten sowie vereinzelten Riesenzellen. Tuberkelbazillen waren nicht zu erkennen, und Impfversuche an Kaninchen und Meerschweinchen lieferten keine positiven Beweismittel. Die Verabreichung von Fowlerscher Lösung scheint günstig auf die Affektion eingewirkt zu haben. A. Philippi-Salzschlirf.

Multiple Angiosarkome der Haut bei einem Kamerunneger, von Hallenberger-Kribi. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1914, Nr. 19.) Bei einem Mabeaneger bildeten sich an linker Hand und linkem Fuß kleine Angiofibrome, die operativ entfernt wurden und nicht rezidivierten. Nach 4 Jahren trat dieselbe Tumorbildung vorher an Hand und Fuß auf, die operative Entfernung mißlang hier aber, da Rezidive auftraten, die sich schließlich zu Angiosarkomen mit Neigung zur Geschwürsbildung infolge Druckatrophie der bedeckenden Haut entwickelten. Da sich im Blute des Patienten Mikrofilarien fanden, schreibt Verfasser diesen eine Mitbeteiligung bei der Entstehung der Tumoren zu. H. Boehme-Leipzig.

Zur Kenntnis der „subkutanen Sarkoide" (Darier-Roussy), von Richard Volk. (W. kl. W., 1913, Nr. 36.) Verfasser bespricht kurz die vielgestaltige Gruppe der Sarkoide, teilt einen Fall von subkutanen Sarkoiden mit, in dem es gelungen ist, einen Zusammenhang dieser Tumoren mit der Tuberkulose zu erbringen. Zwar war eine diagnostische Tuberkulininjektion aus äußeren Gründen nicht ausführbar, aber das Tierexperiment an Meerschweinchen und Kaninchen fiel positiv aus; es ist geglückt, den Stamm rein zu züchten und durch weitere Verimpfung die Pathogenität zu erweisen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Multiple idiopathische Hautsarkomatose, von Juan de Azúa. (Rev. clin. Madrid, 1. u. 15. Sept. 1913.) Zu kurzem Referate nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Über das Wesen des Ulcus rodens, von H. G. Adamson-London. (Lanc., 21. März 1914.) Dieser Artikel trägt zur Charakterisierung des Inhalts den Nebentitel: „Die Beziehungen des Ulcus rodens zum Brookeschen Epithelioma adenoides cysticum und zu anderen Trichoepitheliomen von benignem, nävoidem Charakter und die Unterscheidungsmerkmale gegenüber dem malignen Karzinom", und Verfasser schildert an einer Reihe von Abbildungen die zweifellose histologische Ähnlichkeit zwischen der Brookeschen Affektion und dem typischen Ulcus rodens. Die Präparate stammen von 5 Fällen; es handelte sich dabei einmal um eine Mutter und ihre drei Kinder, welche ebenso wie angeblich mehrere andere Familienmitglieder zahlreiche kleine Tumoren des Brookeschen Typus aufwiesen, und ferner um einen 37jährigen Mann, bei dem am unteren Augenlid ein nicht ulzerierter Brookescher Tumor seit frühester Kindheit bestanden hatte und ferner seit zwei Jahren in der Nasolabialfurche ein typisches Ulcus rodens sich entwickelt hatte. Bei beiden Gewächsen wurde die Diagnose nach der Exstirpation mikroskopisch bestätigt. Verfasser erklärt das Ulcus rodens als einen nävoiden Tumor, der von der Basalzellenschicht der Epidermis ausgeht und ein Beispiel von der Bildung von Cohnheimschen Zellnestern bietet. Die zur Bildung von Haarfollikeln und Talgdrüsen bestimmten Zellen sind in der Entwicklung verspätet und haben sich bei später einsetzender Anregung zum Wachsen in unregelmäßiger abnormer Zusammenstellung entwickelt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Ulcus rodens mit ungewöhnlicher Lokalisation, von M. Mc Intyce-Glasgow. (Lanc., 23. Mai 1914.) Die Läsion bei der 52jährigen Kranken war am Rücken zwischen den Schulterblättern lokalisiert und hatte im Laufe von etwa 9 Jahren Handtellergröße erreicht. Die Diagnose wurde nach der Exstirpation durch die histologische Untersuchung bestätigt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die Priv.-Doz. Dr. Felix Pinkus, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des städtischen Obdaches in Berlin, und Dr. Hans Friedenthal-Berlin haben den Titel Professor erhalten.

Prof. Eugen Galewsky-Dresden ist als Stabsarzt im Gefangenenlager Königsbrück tätig.

Oberstabsarzt Prof. Richard Lenzmann-Duisburg wurde zum Vorsitzenden der von deutschen Ärzten gegründeten Brüsseler militärärztlichen Gesellschaft gewählt.

Unterarzt Georg Wilhelm Unna, vierter Sohn von Prof. P. G. Unna, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Prof. Hugo Apolant, Mitglied des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., ursprünglich Dermatologe, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. April 1915 | Nr. 14 | Band 60

Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri) als Ersatz der grauen Quecksilbersalbe.

Von

P. G. Unna.

Eine gute graue Quecksilbersalbe herzustellen ist bekanntlich keine einfache Sache, da das edle und sehr bewegliche Metall sich nach Verreibung mit Fett der Mischung wieder zu entziehen strebt und zu sichtbaren Metallkügelchen zusammenläuft. Ein vorschriftsmäßig hergestelltes Ung. cinereum, auf weißem Schreibpapier dünn und glatt ausgestrichen, darf aber weder mit bloßem Auge noch unter einer schwachen Lupe glänzende Metallkügelchen erkennen lassen. Das Erzwingen einer homogenen, bläulichgrauen Mischung von Quecksilber und Fett nennt der Apotheker daher Tötung des Quecksilbers oder Extinktion desselben.

In alten Zeiten verzichtete man überhaupt auf eine rasche Herstellung der grauen Salbe und überließ das mühsame Geschäft stunden-, ja tagelanger Verreibung von Quecksilber und Talg den Lehrlingen, wobei recht viel Quecksilberdämpfe eingeatmet wurden. So war es nach Hagen (Pharmazeutische Praxis, Supplement 1883) bis 1835. Dann wurden allmählich überall einfache maschinelle Vorrichtungen eingeführt und statt der Lehrlinge Arbeiter mit dem Reiben beschäftigt. So hing z. B. in einer Hamburger Apotheke noch vor wenigen Jahrzehnten an einem langen Holzstiel von der Decke herab ein eiserner Klöppel, der von einem Arbeiter in einem großen eisernen Mörser im Kreise bewegt wurde. Zwei bis drei Tage brauchte ein solcher, um 10 Kilo Quecksilber in 30 Kilo graue Salbe zu verwandeln.

Heutzutage ist die so viel mechanische Kraft und Zeit beanspruchende Darstellung der grauen Salbe wohl überall aus den Apotheken in Fabriken hinübergewandert, die mit Hilfe ihrer größeren technischen Einrichtungen ein tadelloses Präparat sehr viel leichter herstellen können, und die Apotheken beziehen ihre Quecksilbersalbe fix und fertig von Dieterich in Helfenberg, von Beiersdorf & Co. oder anderen Firmen.

Immer war bisher aber die Meinung verbreitet, zur feinen gleichmäßigen Verteilung des Quecksilbers gehöre viel Zeit und viel mechanische Kraft. Allerdings wurden von jeher Versuche gemacht, um durch aller-

Digitized by Google

hand zerteilende Zusätze zu einer praktischeren Methode der Quecksilbertötung zu gelangen. Hager sagt:

„Die Zerteilung des Quecksilbers in möglichst kurzer Zeit zu bewerkstelligen, hat man eine Menge Vorschläge gemacht, welche teils nicht neu sind und schon früher verworfen wurden, teils unpraktisch und verwerflich sind, teils aber auch Beachtung verdienen."

Am meisten bürgerte sich ein Zusatz von alter, natürlich stark ranziger Quecksilbersalbe bei der Herstellung neuer ein, und zwar empfahl Hager auf 100 g Hg : 10 Teile alter Quecksilbersalbe und 20 Teile Vaselin. Eugen Dieterich (1880), der die verschiedenen Extinktionsmethoden einer eingehenden Kritik unterwarf, empfahl, der alten Quecksilbersalbe das Metall allmählich in kleinen Mengen zu inkorporieren; es komme auf den Kontakt mit dem schon zerteilten Metall, nicht auf die Ranzidität der Salbe an.

Einen Erklärungsversuch für diesen Zusatz habe ich nirgends gefunden, was um so auffallender ist, als die Pharmazie doch sonst den Gebrauch ranziger Salben überall möglichst eingeschränkt hat.

Am nächsten liegt wohl die Annahme, daß die alte Quecksilbersalbe oxydiertes Metall enthält, daß die schwarze Farbe derselben von Quecksilberoxydul und dessen fettsaurem Salz herrührt und die weitere Folgerung, daß die bei seiner Gegenwart rascher zustande kommende Extinktion des metallischen Quecksilbers als ein katalytischer Oxydationsprozeß aufzufassen sei, der zur Bildung eines feinen Oxydulhäutchens auf den Metallkügelchen führt, wodurch ihr Zusammenfließen aufgehoben wird. Das bereits gebildete ölsaure Quecksilberoxydul würde danach in ähnlicher Weise oxydationsbeschleunigend wirken wie das ölsaure Bleioxyd und Manganoxydul bei der Firnisbereitung.

So plausibel mir diese Hypothese der Extinktion erschien, so wenig einverstanden waren damit die Apotheker, mit denen ich sie besprach, wie ja auch Altmeister Hager ihrer mit keinem Worte gedenkt. Mein Hinweis darauf, daß doch auch die sonstigen Beförderungsmittel der Extinktion, Terpentin und Terpentinöl, zu den oxydierenden Mitteln gehören, wurde damit beantwortet, daß diesen Zusätzen nur eine mechanische Bedeutung zukäme. Ebenso sollte das sicher oxydationsbefördernde Bleipflaster im Quecksilberpflaster nur seiner Konsistenz wegen gewählt sein. Die Tatsache bleibt aber bestehen, daß alle bewährten Hilfsmittel der Extinktion zu den oxydationsbefördernden Mitteln gehören, so das auch von Hager empfohlene Eukalyptusöl und das von Liebreich empfohlene Lanolin (letzteres durch seine Cholesterinoxydate). Am meisten von allen hat sich das stark oxydierende Terpentinöl eingebürgert, da es, wenigstens im Anfange, die Extinktion ungemein beschleunigt. Aus münd-

Digitized by Google

licher Mitteilung weiß ich, daß es ehemals ein beliebter, wenn auch etwas kostspieliger Kniff der mit der Verreibung betrauten Lehrlinge war, sich ihre Arbeit durch reichlichen öfteren Zusatz von Terpentinöl wesentlich zu erleichtern.

Hager bezeichnet einen solchen Zusatz allerdings als „ungehörig". Er fördere nur scheinbar die Zerteilung des Metalls. Es gehe schnell in einen harzig-hydratischen Zustand über, wenn die Extinktion nicht in einem Zuge, sondern vielmehr unter Einschiebung einiger Ruhepunkte ausgeführt wird, und dann erschwere es die weitere Extinktion. Diese rasche Verharzung des Terpentinöls während der Verreibung spricht aber gerade sehr für das Vorhandensein von Oxydationsprozessen während der Extinktion.

An anderer Stelle sagt Hager geradezu: „Ein Terpentinölzusatz ist verwerflich. Es erteilt letzterer nicht nur der Salbe eine die Haut reizende Eigenschaft, sondern er wirkt auch nur anfangs extinguierend und später scheint er, wie die Praxis lehrt, der Extinktion äußerst hinderlich zu sein."

Hiergegen ist zu bemerken, daß die Hauptmasse des Terpentinöls sich verflüchtigt, der Rest aber, der in verharzter Form — als Terpentin — das Ende der Verreibung durch seine Zähigkeit erschwert, keine erheblichen Reizungen der Haut ausübt. Bestand doch früher das Quecksilberpflaster (nach Husemann) aus 150 Hg, 50 Terpentin, etwas Terpentinöl, 300 Bleipflaster und 150 gelbem Wachs[1]), ohne daß man von Hautreizungen gehört hätte. Von ärztlichem Standpunkt muß man sogar sagen, daß die Aufnahme von Quecksilberdampf durch die Haut durch die leichte Hyperämie, die das Terpentin schlimmstenfalls herbeiführt, nur befördert und so die Wirkung gesteigert wird. Das reduzierende Quecksilbermetall selbst ist hier — ebenso wie der reduzierende Schwefel in der Scharffschen Terpentinsalbe — ein natürliches Korrigens des Terpentins und Terpentinöls; ihre speziellen Wirkungen auf die Blutfülle der Haut heben sich teilweise auf.

Theorie und Praxis widersprechen sich mithin auf diesem Gebiete, und neue Untersuchungen sind erforderlich. Da Reste von richtig ranziger grauer Salbe heutzutage in der Apotheke nicht mehr vorkommen, nahm ich die allerseits als gut und vorschriftsmäßig anerkannte von Dietrich in Helfenberg, die frei von Verunreinigungen mit Bleiverbindungen angesehen wird. Ich wählte einige bereits lange in einer Apotheke befindliche Salbenkugeln, weil es ja darauf ankam, die chemische Be-

[1]) Nach dem deutschen Arzneibuch: 200 Hg + 100 Terpentin + etwas Terpentinöl; 600 Bleipflaster + 100 gelbes Wachs. M.

Digitized by Google

schaffenheit alter grauer Salbe zu untersuchen, welche nach allgemeiner Erfahrung die Extinktion beschleunigt.

Die Hg-Salbekugeln (von DIETRICH, Helfenberg) im Gewichte von 4,2 g wurden mit Xylol in der Wärme digeriert, worauf die Lösung von dem grauschwarzen Rückstand abfiltriert wurde. In diesem konnten möglicherweise neben metallischem Hg sowohl das Oxyd (HgO) als auch das Oxydul (Hg_2O) vorhanden sein. Um beide Oxyde von dem metallischen Hg zu trennen, benutzt man kalte Schwefelsäure, welche die Sauerstoffverbindungen des Hg zu Hg-Sulfaten löst, nicht aber das metallische Quecksilber.

Der von Fett befreite, grauschwarze Rückstand wurde also mit 2%iger H_2SO_4 bis zum Kochen erhitzt und filtriert. Das eventuell die Sulfate des Hg enthaltende Filtrat wurde darauf mit verdünnter HCl versetzt, worauf eine weiße Fällung erfolgte. Diese konnte nur aus Hg_2Cl_2 bestehen, da HCl nur Oxydulsalze fällt, nicht aber Oxydsalze. Diese weiße Fällung von Kalomel wurde auf einem bei 100° getrockneten Filter gesammelt, ausgewaschen, bei 100° getrocknet und gewogen. Gewicht von $Hg_2Cl_2 = 0{,}0447$ g.

Da $Hg_2 = 400.6$, $Cl_2 = 70$, Hg_2Cl_2 demnach = 470,6 ist, so beträgt der Koeffizient $\frac{Hg_2}{Hg_2Cl_2}$ 0,85. In den 0,0447 g Hg_2Cl_2 waren somit enthalten $0{,}0447 \times 0{,}85 = \mathbf{0{,}038\ g\ Hg}$.

In das Filtrat vom Hg_2Cl_2 wurde Schwefelwasserstoff eingeleitet. Es zeigte sich eine braunschwarze Fällung von HgS, die abfiltriert, gewaschen und gewogen wurde.

Gewicht von HgS = 0,086 g; Koeffizient $\frac{Hg}{HgS} = 0{,}862$. In dem Filtrat waren also enthalten: $0{,}086 \times 0{,}862 = \mathbf{0{,}074\ g\ Hg}$.

Die Xylollösung, in der die fettigen Bestandteile der Salbe gelöst wurden, wurde ebenfalls auf Hg untersucht und zwar in der Weise, daß dieselbe mit 2%iger H_2SO_4 in der Wärme gut geschüttelt wurde, um die eventuell vorhandenen Hg-Oleate in Sulfate zu verwandeln. Die untere saure Schicht wurde alsdann im Scheidetrichter getrennt und wie oben auf Oxydul und Oxyd des Hg quantitativ untersucht.

Gefundenes Gewicht von $Hg_2Cl_2 = 0{,}073$ g
$0{,}073 \times 0{,}85 = \mathbf{0{,}062\ g\ Hg}$.

Gefundenes Gewicht von HgS = 0,187 g
$0{,}187 \times 0{,}862 = \mathbf{0{,}161\ g\ Hg}$.

Mithin war in den 4,2 g der grauen Salbe enthalten an Quecksilberoxydaten (berechnet auf Hg) 7,96%, nämlich:

als Quecksilberoxydul . .	0,038 g	= 0,9%
als Quecksilberoxyd . . .	0,074 g	= 1,76%
als Oxyduloleat	0,062 g	= 1,47%
als Oxydoleat	0,161 g	= 3,83%
	zusammen	7,96%.

Die Anschauung, daß die alte Quecksilbersalbe, welche zur Tötung des Quecksilbers von altersher benutzt wurde, Oxyde und Oleate des Quecksilbers enthält, hat sich also vollkommen bestätigt. Um nun aber auch demonstrativ vor Augen zu führen, daß diese Oxydationsprodukte ihrerseits wieder katalytisch Sauerstoff auf neues Hg-Material zu übertragen imstande sind, habe ich lose gebundenen Sauerstoff in der das Quecksilber umgebenden Fettmasse nachzuweisen gesucht.

Der Nachweis gelingt leicht vermöge des Umstandes, daß Methylen-

Digitized by Google

blau die in Betracht kommenden Fettsäuren zu färben vermag. Eine sehr geringe Menge der Dietrichschen grauen Salbe, auf einen Objektträger ausgestrichen, färbt sich im Standgefäß in einer 1 %igen Methylenblaulösung in fünf Minuten blau. Es kam nun auf die Gegenprobe an, ob zu dieser Methylenblaufärbung auch das reduzierte Methylenblau, das Rongalitweiß, unter den notwendigen Kautelen ebenfalls befähigt sei.

Ein mit einem Ausstrich von grauer Salbe versehener Objektträger färbt sich in einer 1 %igen Rongalitweißlösung im Standgefäße nicht. Er wird sodann in ein zweites Standgefäß mit abgekochtem, luftfreiem Wasser gebracht und bei geringster Bläuung dieses Wassers noch in ein drittes Standgefäß mit luftfreiem Wasser, wo in der Regel die vollständige Entfernung des überschüssigen Rongalits erreicht wird. Man nimmt nun den Objektträger heraus, läßt ihn lufttrocken werden und bedeckt ihn mit einem Tropfen Paraffin. liq. und Deckglas. Es stellt sich nun heraus, daß der Ausstrich in seinem fettigen Anteil allmählich graublau gefärbt wird, was nur durch Luftsauerstoff aktivierende Bestandteile bewirkt werden kann.

Es unterliegt hiernach keinem Zweifel, daß der Wert der alten Quecksilbersalbe für die Extinktion in ihrem Gehalt an fettsaurem (ölsaurem) Quecksilberoxydul und an freier Fettsäure (Ölsäure) beruht, die als ungesättigte Verbindungen lose gebundenen, aktivierten Sauerstoff enthalten, wodurch das hinzukommende Quecksilber während seiner Zerteilung mit einer feinen Oxydulschicht bedeckt und dadurch vor dem Wiederzusammenfließen bewahrt wird.

Wenn nun selbst die alte empirische Methode, die Extinktion des Quecksilbers mittels eines Zusatzes alter grauer Salbe zu bewirken, ebenso auf einen katalytischen Oxydationsprozeß hinausläuft wie die Bevorzugung des Terpentins, Terpentinöls, Eukalyptusöls, Lanolins, Euzerins und Bleipflasters zu demselben Zwecke, so kann man wohl ohne alles Bedenken die folgende, neue Arbeitshypothese formulieren:

„Nicht die Zähigkeit der Salbe und nicht die dadurch bedingte Herbeiziehung großer mechanischer Kraft sind die Hauptbedingungen bei der Extinktion des Quecksilbers, sondern die Herbeischaffung von viel lose gebundenem Sauerstoff und viel Luft, deren Sauerstoff dabei aktiviert werden kann."

Mit der Gewinnung dieser Klarheit war auch sofort die neue, verbesserte Art der Extinktion gegeben.

Seit meinen mit G. Pinkus angestellten Versuchen über Gleitpuder[1])

[1]) Unna und Pinkus, Über Gleitpuder in der Dermatologie. Mh. f. pr. Derm., 1908, Bd. 47.

Digitized by Google

sind diese — und deren Prototyp: das Lykopodium — als die lufthaltigsten Vehikel erkannt. Im Terpentinöl haben wir einen unübertrefflichen Katalysator des Luftsauerstoffs[1]). Es galt also nur, den Versuch zu machen, das mit Terpentinöl getränkte Lykopodium mit Quecksilber zu verreiben. Dieser Versuch glückte gleich das erstemal in einem meine Erwartung sogar weit übertreffenden Grade. Es ist eine für jeden Apotheker, der mit dem Dogma der gründlichen, langsamen, mechanischen Verreibung an diesen Versuch herangeht, eine geradezu verblüffende Erscheinung, mit welcher Leichtigkeit das Quecksilber in Berührung mit diesem Gemische sich zerteilt, verschwindet und mit ihm zusammen ein trocknes, gelblichgraues Pulver darstellt. Meinte man früher immer, es käme auf die so schwer zu verreibenden zähen Massen deshalb an, damit das einmal zerteilte Metall auch zerteilt bliebe, so lehrt dieser einfache Versuch, daß es nur darauf ankommt, durch rasche Oxydierung und gleichzeitige Verreibung mit einem leicht beweglichen Vehikel das Metall zu zerteilen. Denn in dem Gleitpuder bleibt es hübsch verteilt und in einer Feinheit, die man durch weiteres Reiben rasch und beliebig steigern kann. Nimmt man z. B. eine Probe von dem Quecksilberpulver unter das Mikroskop und sieht etwa noch Quecksilberkügelchen von Blutkörperchengröße zwischen den Lykopodiumkörnern liegen, so genügt ein mehrmaliges Hin- und Herreiben mit dem Finger auf dem Objektträger, um dieselben, ohne daß sie wieder zusammenlaufen, zu unmerkbar feinen Tröpfchen weiter zu zerteilen.

Mit dieser überraschend einfachen Methode der Quecksilbertötung hat man also ein sehr brauchbares, dauerhaftes Quecksilberpulver gewonnen, aus dem man mit größter Leichtigkeit jede Quecksilbersalbe und jedes Quecksilberpflaster sofort herstellen kann. Auch wenn sich das Terpentinöl allmählich aus dem Lykopodium größtenteils verflüchtigt, zum kleineren Teil verharzt, bleibt das Quecksilberpulver als solches erhalten.

Mit der Gewinnung eines in jeder Apotheke leicht herstellbaren und dauerhaften Pulvis fluens hydrargyri scheinen mir zwei nicht zu unterschätzende Vorteile verbunden zu sein.

Einerseits ist die Extinktion des Quecksilbers damit den Apotheken wiedergewonnen, die die Quälerei der früheren Extinktion bereits größtenteils den Fabriken abgegeben hatten.

Sodann wird die gesamte äußere Quecksilbertherapie sicherlich einer bedeutenden Umwandlung entgegengehen.

Auch ohne allen Zusatz von Fett verreibt sich das Quecksilbergleit-

[1]) Nur Eukalyptusöl und Thymen machen ihm den Rang streitig.

Digitized by Google

puder mit der Hand oder einem Wattebausch auf der Haut mit größter Leichtigkeit, wobei je nach der Menge des Pulvers und der Zeit des Reibens ein mehr weißlicher oder mehr graulicher, äußerst feiner Überzug haften bleibt. Auch die Therapie mit Quecksilbersalben und -seifen krankte bisher noch an dem mittelalterlichen Dogma, daß alles bei der Wirkung auf gründliches, langes Reiben ankäme. Wie für den Apotheker, so war auch für den behandelnden Wärter in durchaus unnützer Weise das zähe Vehikel eine selbstgeschaffene Plage und bedeutende Energievergeudung.

In erster Linie kommt diese Verbesserung unseren unter der Läuseplage leidenden Truppen zugute. Ein einfaches Überstreichen der Haut mit dem Pulvis fluens hydrargyri dient sowohl als Prophylaktikum wie als Heilmittel.

Sodann hat sich bei sämtlichen Syphiliden das Pulvis fluens Hg bestens bewährt, als Aufstreuung sowohl für die Initialsklerose wie für ulzerierte Gummen, als Einreibung von Syphiliden und als methodische Einreibung für Hg-Kuren.

Man kann sehr gut ein hochprozentuiertes, 33 %iges Quecksilberpulver herstellen, da nun mal beim Hg die Zahl 33 bisher eine nicht anzutastende Heiligkeit besaß. Ich ziehe es aber aus praktischen Gründen vor, anstatt einzelne Körperteile mit konzentriertem Pulver einzureiben, die ganze Haut zweimal die Woche mit einem 10 %igen Pulvis fluens leicht einzuwischen, mit besonderer Berücksichtigung der Orte der Syphilide.

Eine solche Einwischung ist kaum sichtbar, besonders wenn man das Pulvis fluens hautfarben macht, was unter anderem durch Zusatz von etwas Zinnober und gelbem Bolus leicht gelingt. Sowohl die Schwanapotheke und die Fabrik Beiersdorf & Co. in Hamburg, wie die Formpuderwerke Kripke & Co. in Berlin stellen bereits graue und hautfarbene, tadellose Quecksilbergleitpuder her.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille).

Beiträge zur Statistik der Skabies auf Grund der von 1903 bis 1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten 2470 Krätzekranken.

Von
Dr. Karl Wilke.

(Schluß.)

In 21 Fällen waren bei den Frauen speziell die unteren Extremitäten der Sitz ausgedehnter ekzematöser Eruptionen. Der Grund hierfür ist wohl in der Eigenart der weiblichen Kleidung zu suchen, die dem Kratzbedürfnis der von Jucken befallenen Frauen besonders entgegenkommt. Bei 15 weiblichen Individuen waren die Mammae besonders stark affiziert in der Form von Pusteln oder Ekzem.

Eine Häufung der skabiösen Hautveränderungen sieht man vor allem an jenen Körperstellen, die infolge Bandagen, Bruchbändern, Krücken, eng anliegenden Kleidungsstücken einen heftigen und lange andauernden Druck erleiden. Dafür finden sich bei unseren Kranken mehrere Beispiele. Bei einem Schmied war die seitliche Beckengegend besonders befallen, verursacht durch den starken Druck des Schurzfelles an dieser Stelle. Ein Holzträger zeigte intensive skabiöse Hautveränderungen an der linken Achselfalte und Schulter. Ein Patient, der einen starken Panniculus adiposus aufwies, hatte Milbengänge und Effloreszenzen in reichlicher Anzahl an den queren Abdominalfalten. Zahlreiche Milbengänge und Knötchenbildungen sah man auch bei einem 25jährigen Handlungsgehilfen an dem Amputationsstumpf seines linken Oberschenkels, besonders an den Stellen, wo die Prothese denselben fest umschloß. Bei mehreren Kranken war die reichliche Knötcheneruption am Halse auf das Tragen von zu engen und hohen Stehkragen zurückzuführen.

Eine besondere Stellung nimmt die von Tieren auf Menschen übertragene Skabies ein. Daß eine derartige Übertragung möglich ist und auch wirklich vorkommt, beweisen verschiedene in der Literatur niedergelegte, zuletzt von Schindelka[1]) gesammelte Beobachtungen. So übertrug Widmann mit Erfolg die Krätze vom Pferd auf den Menschen.

[1]) Schindelka, Die Hautkrankheiten bei Haustieren. Wien 1908.

Digitized by Google

Froriep beobachtete die Ansteckung mit Krätze vom Pferde auf 30 Menschen. In einer Anzahl von Fällen konnte man eine Übertragung der Skabies von Ziegen, Schweinen, sogar von Hühnern auf den Menschen sehen. Auch Ansteckungen des Menschen durch räudige Hunde und Katzen wurden mehrmals beobachtet. Schindelka erwähnt, daß er häufig Übertragungen der Räude von Hunden und Katzen, in einigen Fällen auch Ansteckungen von Hunden von Menschen her, zu sehen Gelegenheit hatte.

Bruhns [1]) berichtet über einige Fälle von Krätze bei zwei Kindern und drei Erwachsenen, wo die Übertragung von kranken Hunden oder Katzen erfolgt war. Ebenda beschreibt auch Bruhns einen Fall, wo ein krätziges Frettchen eine ganze Familie, bestehend aus Mann, Frau und drei Kindern, angesteckt hatte.

Thibierge [2]) hat Krätze bei acht Personen beobachtet, bei denen ein Kontakt mit kranken Katzen nachgewiesen war. Daß die Tierkrätze nicht nur durch die Tiere selbst auf den Menschen übertragen werden kann, sondern auch durch leblose Gegenstände, beweist folgender von Weydemann [3]) mitgeteilte Fall. Hier muß die Ursache der Erkrankung auf die Berührung mit dem Fell eines räudigen Marders zurückgeführt werden; erkrankt waren ein Ehepaar mit zwei Kindern und der Verkäufer des Felles. Die Krätze äußerte sich bei diesen Personen in sehr intensivem Jucken, ferner in reichlichen Knötchenbildungen, die aber im allgemeinen die Prädilektionsstellen der menschlichen Skabies verschonten. In den Effloreszenzen wurden Parasiten gefunden, die mit denen des Felles identisch waren.

Nach Bruhns (l. c.) verläuft die vom Tiere stammende Skabies beim Menschen viel schneller und günstiger; sie erlischt auch unbehandelt in 6—8 Wochen. Jucken soll nicht so häufig und intensiv vorhanden sein wie bei der menschlichen Skabies. Die für die Menschenkrätze typischen Prädilektionsstellen bleiben fast frei; dagegen hat man öfters Effloreszenzen im Gesicht gesehen. Milben sind angeblich nur selten beim Menschen gefunden worden, da sie offenbar nur schwer infolge der veränderten Lebensbedingungen in der menschlichen Haut zu gedeihen vermögen. In ähnlicher Weise äußert sich auch Alexander [4]) über die vom Tier auf Menschen übertragbare Skabies. Dieser Autor hat bei der Übertragung der Krätze von Tieren auf Menschen eine Krätze entstehen sehen, die sich durch ihre atypische Lokalisation und durch den Mangel an Milbengängen auszeichnete.

[1]) Bruhns, Ref., B. kl. W., 1902, Nr. 36. — [2]) Thibierge, Arch. f. Derm., 1911, Bd. 110, S. 380. — [3]) Weydemann, Ref., Zbl. f. Bakt., 1887, Bd. 22, S. 442. — [4]) Alexander bei Monti, l. c., S. 845.

Digitized by Google

Im Gegensatz zu der Ansicht von BRUHNS betreffs des leichten und günstigen Verlaufes der Tierkrätze beim Menschen stehen allerdings Angaben von SCHINDELKA (l. c.), wonach die Ansteckung mit Hunde- oder Katzenräude beim Menschen einen langwierig verlaufenden Ausschlag veranlassen soll, der einer Behandlung einen weitaus größeren Widerstand entgegensetzt als die menschliche Skabies. Nach BESNIER[1]) soll sich die vom Pferde herstammende Krätze durch besondere Intensität auszeichnen und mit universeller Rötung, Bläschen- und Krustenbildung auch an Gesicht, Hals und Nacken einhergehen, gleichwie mit profusen Schweißausbrüchen.

Bestimmte Angaben über Ansteckung durch kranke Tiere sind allerdings von keinem unserer Patienten gemacht worden. Dennoch wird der folgende Fall an diese Möglichkeit denken lassen. Bei einem 44jährigen Stallschweizer bestand ein ziemlich stark juckender Knötchenausschlag am ganzen Körper, wobei indes die typischen Prädilektionsstellen so gut wie gar nicht befallen waren. Die verhältnismäßig starke Beteiligung der Stallschweizer und Kutscher an den Krätzeerkrankungen (für beide zusammen etwa 78, also 4,3% der Männer) läßt vielleicht den Schluß zu, daß in mehr als einem Falle die Ansteckung auf räudige Tiere zurückzuführen ist.

Ehe ich auf die Kombination der Skabies mit anderen Krankheiten eingehe, mögen noch einige Bemerkungen über den Gesundheitszustand der Krätzekranken im allgemeinen gemacht werden. HEBRA und ebenso PETTERS (l. c.) weisen darauf hin, daß von der Skabies in der Hauptsache junge, gesunde und kräftige Individuen befallen würden. Dies trifft auch für die überwiegende Mehrzahl unserer Patienten zu.

Todesfälle kamen unter unseren 2470 Patienten nicht vor.

BERGH (l. c.) verzeichnet unter 3161 Krätzekranken 3 Exitus und glaubt, daß hier teilweise die Behandlung den Tod herbeigeführt habe.

Daß sich neben dem Acarus scabiei gleichzeitig auch andere Hautparasiten in einer nicht geringen Zahl der Fälle vorfinden, ist bei den wenig erfreulichen sozialen Verhältnissen, in denen sich ein großer Teil dieser Kranken befindet, nicht weiter verwunderlich. Bei 3 Männern, 6 Knaben und 81 meist jugendlichen Frauenspersonen war neben Skabies auch Pediculosis capitis vorhanden.

In 22 Fällen (16 Männer und 6 Frauen) wurden Pediculi corporis nachgewiesen; die Männer waren zum größeren Teil ältere Individuen, davon 8 im Alter von 50 bis 70 Jahren standen.

[1]) BESNIER, zitiert von RILLE, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena 1902, S. 166.

Digitized by Google

21 männliche und 10 weibliche Patienten hatten Pediculi pubis beziehungsweise Maculae coeruleae.

Exkoriationen infolge von Wanzenbissen waren bloß bei einer einzigen krätzigen Patientin zu konstatieren.

Die Beziehungen der Skabies zu den Geschlechtskrankheiten sind so innige, daß verschiedentlich die Behauptung aufgestellt wurde, man könne die Krätze geradezu den venerischen Krankheiten zuzählen. Zweifellos ist eine nicht geringe Zahl unserer Fälle bei demselben Coitus impurus außer mit einer Geschlechtskrankheit auch noch mit Skabies infiziert worden. Bestimmte Äußerungen hierüber machte jedoch bloß ein einziger unserer Patienten, welcher angab, ziemlich gleichzeitig nach dem Koitus allgemeinen Pruritus und Ulcera mollia am Genitale bemerkt zu haben. Von Interesse ist die Gegenüberstellung der Skabies und einzelner venerischer Krankheiten betreffs der Häufigkeit ihres Vorkommens, wie sie in der Leipziger Morbiditätsstatistik bei Grotjahn[1]) niedergelegt ist. Unter 100 000 ein ganzes Jahr lang beobachteten männlichen Versicherungspflichtigen kamen vor:

99 Fälle von Skabies,
187 „ „ Gonorrhoe,
105 „ „ Ulcera mollia,
118 „ „ Syphilis.

Da in dieser Statistik nur die Krankheitsfälle, die zur Arbeitsunfähigkeit führten, berücksichtigt wurden, dürfte sich die Zahl speziell für die Skabies wohl noch höher stellen und mindestens der der luetischen Erkrankungen gleichkommen. Skabies und gleichzeitig bestehende Gonorrhoe wurden bei 76 unserer Patienten beobachtet; davon waren 51 männlich und 25 weiblich. Von den 51 männlichen Kranken waren 8 Studenten. Unter den 25 Frauen befanden sich 19 Prostituierte. 3 Mädchen standen noch im Kindesalter und boten das typische Bild der Vulvovaginitis gonorrhoica.

Ulcus molle und Krätze wurden 13mal gefunden, bei 9 Männern und 4 Frauen; in 7 Fällen bestand überdies Bubo inguinalis.

Syphilis bestand in 56 Krätzefällen, wovon 29 weiblichen Geschlechts waren. Von den 29 Frauen waren 20 Prostituierte. Viermal bestand primäre Lues; bei 12 Patientinnen wurde Leucoderma colli konstatiert; in 8 Fällen entsprach die Lues der Tertiärperiode.

Über die Koinzidenz von Syphilis und Krätze schreibt Druelle[2]): „Beide können an sich unabhängige Symptome bewirken, die auf die entsprechende Behandlung für sich reagieren. Sehr oft kann man auch

[1]) Grotjahn, Soziale Pathologie. Berlin 1912. — [2]) Druelle, Journ. des mal. cut. et syph. März 1904, Nr. 3, S. 174.

Digitized by Google

gegenseitige Modifikationen ihrer Eruptionen entdecken. Da die Syphilide in Aussehen und Lokalisation von äußeren Reizen abhängig sind, so ist eine Beeinflussung durch die Krätze natürlich. Die Skabies kann rezidivierende Syphilide provozieren, welche dann an den Prädilektionsstellen der Skabies sich lokalisieren. Die Krätze kann auch bei der ersten Eruption der Syphilis einen bestimmenden Einfluß auf den Sitz der Effloreszenzen haben. Vorhandene Syphilide können unter dem Einfluß der Krätze ein besonderes Aussehen annehmen; es kommt zur Bildung von pustulösen, krustösen Effloreszenzen, von Riesenpapeln, so daß die Unterscheidung, was der Skabies und was der Lues angehört, oft sehr schwer, ja unmöglich wird. Auch kommen syphilidoskabiöse Verbindungen auf ein und derselben Effloreszenz vor. Die Milbengänge an den Genitalien können als Eingangspforte für die Syphilis dienen; in solchen Fällen kommt es zur Bildung multipler, harter Schanker. Auch für die Entstehung extragenitaler Sklerosen bietet die Skabies Gelegenheit."

Primäraffekte auf skabiösem Boden sind von FOURNIER u. a. am Penis und von VERCHÈRE in der Unterbauchgegend konstatiert worden [1]). RILLE [2]) meint, daß die Krätze auch eine Hilfsursache für die allerdings äußerst selten am Nabel situierte syphilitische Primärinfektion abgeben könnte.

Bemerkenswert ist der Einfluß, den manche akute Krankheiten auf den Verlauf der Skabies haben. Bei Interkurrieren fieberhafter Krankheiten wie Pneumonie, Typhus abdominalis u. dgl. kommt es vor, daß die Symptome einer gleichzeitig bestehenden Krätze verschwinden; das Jucken hört auf, die ekzematösen Erscheinungen und die Milbengänge werden undeutlich. In der Rekonvaleszenz aber kommen die skabiösen Hauteruptionen wieder zum Vorschein. Als Erklärung hierfür führt KAPOSI [3]) folgendes an: „In der durch Fieber abnorm heißen, trockenen, durch Anämie atonischen Haut sterben die Milben ab, daher kein Jucken und Kratzen, und als weitere Konsequenz Rückbildung des Ekzems. Die Eier dagegen bleiben erhalten; in der während der Rekonvaleszenz turgeszierenden Haut kriechen aus diesen junge Milben aus und die Krätzesymptome beginnen aufs neue."

Beobachtungen dieser Art waren bei zwei unserer Patienten zu machen. In dem einen Falle handelte es sich um einen 2jährigen Knaben, der mit manifester Skabies zur Aufnahme kam; wegen andauernder

[1]) Vgl. D'AULNAY. Divers modes de contagion dans la Syphilis acquise. Journ. des mal. cut. et syph., 1895, Bd. 7, S. 487. — [2]) RILLE, Über den syphilitischen Primäraffekt am Nabel. Arch. f. Derm., 1912, Bd. 113, S. 874. — [3]) KAPOSI, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Berlin u. Wien 1899, S. 1028.

Digitized by Google

Temperatursteigerung bis 40° C wurde mit der antiskabiösen Therapie vorerst gewartet. Als der kleine Patient wegen beginnender Masern nach der inneren Station verlegt wurde, war von der Krätze fast gar nichts mehr zu sehen. In der Rekonvaleszenz erkrankte dann der Knabe an allgemeiner Furunkulose. In einem weiteren Falle entwickelten sich die Masern bei einem 3jährigen Kinde mit an den Prädilektionsstellen lokalisierter, aus reichlichen Pusteln und Bläschen und nur wenigen Knötchen bestehender Skabies. Während der Krätzebehandlung erkrankte das Kind an Masern; die skabiösen Hauterscheinungen gingen zurück, um nach der Deferveszenz wieder hervorzutreten.

Ferner war in vier Fällen, bei drei Knaben und einem Mädchen, angegeben worden, daß die Skabies im Anschlusse an Masern oder Scharlach aufgetreten sei. Offenbar hatte hier aber die Krätze meist schon vor der akuten Erkrankung bestanden, ohne weiter beachtet worden zu sein, und wurde erst nach Abklingen des Fiebers manifest.

Bei sieben männlichen Patienten sowie zwei weiblichen wurde neben ausgesprochener Skabies auch Urtikaria gefunden. Fälle dieser Art können sehr wohl diagnostische Schwierigkeiten bieten, zumal wenn das urtikarielle Moment überwiegt und von der Auffassung als Krätze ablenkt. Nach Kaposi[1]) entwickelt sich bei manchen Personen im Anschluß an Krätze ein Status pruriginosus, der sich auf Monate und selbst Jahre ausdehnen kann und meist mit der Bildung von urtikariellen Erscheinungen einhergeht. Die Skabies spiele in solchen Fällen nur das auslösende Moment für die Urtikaria und sollte nach Kaposi bei der Prognosenstellung der Krätze mit berücksichtigt werden. In einzelnen unserer Skabiesfälle war auch, ohne daß wirkliche Quaddelbildung ersichtlich war, ein deutlicher Dermographismus vorhanden.

Skabies in Verbindung mit gleichzeitig bestehendem Ekzem wurde in 15 Fällen beobachtet. Bei einem Patienten kam es im Anschluß an Krätze dreimal innerhalb von elf Monaten zur Entwicklung eines allgemeinen akuten Ekzems.

Der Vollständigkeit halber seien noch die Fälle von Kombination mit anderen Hautkrankheiten angeführt. Es fanden sich neben Skabies in zwei Fällen Psoriasis, in drei Fällen Acne vulgaris, in einem Falle Varizellen bei einem dreijährigen Kinde und einmal Lichen ruber.

Nachfragen bei unseren Krätzekranken, wie lange ihr Hautleiden bereits bestanden habe, bevor sie sich in klinische Behandlung begeben hatten, ergaben folgendes. Nur etwa ein Achtel der Patienten kam innerhalb der ersten 14 Tage, nachdem sich die Krätze bei ihnen bemerkbar

[1]) Kaposi, l. c., S. 1010.

Digitized by Google

gemacht hatte, in das Krankenhaus. In der Mehrzahl handelte es sich hier um Zugereiste oder wohnungslose Individuen, denen die Krätze eine willkommene Gelegenheit zum Spitaleintritte, zumal in der kälteren Jahreszeit, bot. Der größte Teil ließ 3—6 Wochen verstreichen, ehe er zur Aufnahme kam. Einzelne waren schon in ärztlicher Behandlung gewesen oder hatten versucht, sich selbst zu behandeln; die meisten aber waren bis dahin unbehandelt. Bei 92 Patienten, darunter 30 Frauen, hatte die Skabies schon seit einem Vierteljahre bestanden. Die Hälfte davon war während dieser Zeit vollständig unbehandelt geblieben.

22 Kranke (15 Männer, 7 Frauen) hatten ihre Krätze seit einem halben Jahre, davon 5 unbehandelt; 10 Patienten seit einem Jahre, 3 davon unbehandelt.

Den Rekord halten zwei Patienten, von denen der eine seit anderthalb, der andere seit zwei Jahren mit Krätze behaftet war, obwohl beide verschiedentlich in ärztlicher Behandlung sich befunden hatten. Immerhin ist diese Krankheitsdauer noch als kurz zu bezeichnen gegenüber den Mitteilungen von HARDY[1]) über die Krätze in der Niederbretagne, woselbst die Skabies bereits die kleinen Kinder wenige Tage nach der Geburt befällt und sie bis zum Tode nicht mehr verläßt.

310 Patienten (218 Männer und 92 Frauen, hatten sich vor der Aufnahme ins Krankenhaus ärztlich behandeln lassen. Davon waren 15 Kranke mit innerlichen Medikamenten wie Bitterwasser, Karlsbader Salz, Abführpillen oder Arsen behandelt worden, ein Beweis dafür, wie oft die Diagnose der Krätze verfehlt wird. Einer Anzahl Kranker waren Bäder wie Dampf-, Lysol-, Kleien-, Schwefel-, Eichenrinden- oder Fichtennadelbäder, teilweise unter gleichzeitiger Einreibung mit grüner Seife ordiniert worden, mehrfach auch Teer- oder Keraminseife, weiße Präzipitatsalbe, Mentholspiritus, Teertinktur usw. Von gebräuchlicheren Antiskabiosis waren angewendet worden Perubalsam in 28 Fällen, Styrax in 10 Fällen und Unguentum WILKINSONII in 5 Fällen, ferner Nikotianaseife und Antiskabin.

39 Patienten waren vor dem Eintritt in die Krankenhausbehandlung schon in verschiedenen Polikliniken oder Krankenhäusern wegen ihrer Skabies behandelt worden. 215 Kranke, darunter 76 Frauen, hatten versucht, ihre Krätze selbst zu behandeln. An der Spitze dieser selbstverordneten Mittel stehen Schmierseife und Teerschwefelseife. Beliebt waren ferner Bäder, Blutreinigungstee, Salizylspiritus, Essigwasser, Vaseline, Glyzerin, Lanolin, Borsalbe und Olivenöl. Andere besser versierte Patienten hatten Mittel wie Epikarin, Naphtol-, Nikotiana- und Kreolinseife oder Perubalsam, letzteren in acht Fällen, versucht.

[1]) HARDY, Leçons sur les maladies de la peau. 1859, Bd. 2, S. 141.

Digitized by Google

Fünf Patienten hatten sich von Kurpfuschern behandeln lassen. Therapeutisch wurden in der Klinik folgende Mittel verwendet:

Unguentum WILKINSONII	in	2142	Fällen
Schwefelstärkepaste nach YAMADA	„	268	„
Französische Schnellkur	„	16	„
Perubalsam	„	8	„
Antiskabin	„	8	„
Thiopinol	„	6	„
Naphtol-Schwefelsalbe (KAPOSI)	„	4	„
Styrax	„	3	„
Sapolan	„	3	„
Teeröl, 10%	„	2	„
Mixtura DURET	„	1	Falle

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, war die Behandlung mit WILKINSON-Salbe [1]) die am häufigsten geübte. Sie kam auch in der Mehrzahl bei den kleinen Kindern ohne jegliche Schädigung zur Anwendung. In der Regel genügten 4—6 Einreibungen, nur ganz selten kam es zu 10—12 Einreibungen, und zwar bei Patienten, die nach der ersten Einreibungskur noch über Jucken klagten. Nach den Einreibungen kamen die Patienten in Puder; bei restierendem Ekzem oder Wundbildungen wurde die LASSARsche Zinkpaste angewendet. Die durchschnittliche Behandlungsdauer mit Unguentum WILKINSONII betrug 6—7 Tage.

Eine größere Anzahl Krätzekranker wurde versuchsweise mit einer von dem japanischen Arzte YAMADA [2]) angegebenen Schwefelstärkepaste behandelt; die Resultate dieser Behandlung waren im allgemeinen zufriedenstellend.

Aus 40—45 g Reismehl bereitet man mit ½ Liter Wasser einen Kleister, dem zur Desinfektion 2,5 g Salizylsäure oder 5,0 g Benzoesäure zugesetzt wird; die Dichte dieses Kleisters richtet sich naturgemäß nach dem Wassergehalt, der beliebig variiert werden kann. Dann wurde zur Behandlung unserer Fälle so viel sublimierter Schwefel zugesetzt, daß eine 30%ige Schwefelstärkepaste entstand. In der Regel genügten 3—4 Einreibungen des ganzen Körpers (täglich eine Einreibung), im Anschluß daran kamen die Patienten in Puder und durften für kurze Zeit nicht baden. Die Behandlungsdauer stellte sich durchschnittlich auf 5—6 Tage. In drei Fällen war die französische Schnellkur ohne vollen Erfolg, so daß kurze Nachbehandlung mit WILKINSON-Salbe angeschlossen werden mußte.

[1]) Vgl. RILLE, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena 1902, S. 170. — [2]) H. YAMADA, Stärkepaste als Vehikel nebst einigen Bemerkungen über die Skabiesbehandlung. Derm. Zschr., 1910, Bd. 17, S. 259.

Digitized by Google

Thiopinol wurde zweimal als Salbe, viermal in der Form von Bädern angewendet, sämtlich erfolgreich bis auf einen Fall, wo es kurze Zeit nach der Entlassung wieder zu Jucken kam, und der betreffende Patient wieder aufgenommen werden mußte. In der Regel genügten fünf Thiopinolbäder von 15—30 Minuten Dauer. Bei einer Patientin stellten sich im Anschluß an die Bäder Ohrensausen, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzklopfen und allgemeines Schwächegefühl ein. Jedoch schwanden diese Erscheinungen wieder nach kurzer Zeit.

Eine ähnliche Behandlungsweise, welche RILLE [1]) auch bei Skabies mit Erfolg durchgeführt hat, ist die mit protrahierten Bädern in sog. Ichthyolidin, einem bisher unbenutzt gebliebenen, stark aromatisch riechenden Nebenprodukte der Ichthyolbereitung aus Seefeld in Tirol.

Die nach Angabe des Pariser Apothekers DURET hergestellte Mixtura DURET [2]) wurde bei einem siebenjährigen Kinde angewandt, aber ohne Erfolg, so daß eine Nachbehandlung mit WILKINSON-Salbe notwendig war. Allerdings ist diese Teer und Schwefel sowie noch viele andere Bestandteile enthaltende Medikation ursprünglich nicht gegen Skabies, sondern gegen Ekzem empfohlen worden.

142 Patienten, 98 Männer und 44 Frauen, gelangten innerhalb kürzerer oder längerer Zeit zur Wiederaufnahme. Darunter befinden sich 20 Patienten, die zweimal und öfter wieder aufgenommen werden mußten. Ein 13jähriges Kind kam innerhalb 1½ Jahren nicht weniger als fünfmal wegen Skabies zur Behandlung, ebensooft ein 26jähriger Schleifer im Verlaufe von drei Jahren.

Ein Teil der Patienten hatte dem Verbote, sich mehrere Tage nach der WILKINSON-Kur weder zu waschen noch zu baden, zuwidergehandelt und damit den neuerlichen Ausbruch der Skabies provoziert. Bei 22 Patienten war der Grund zur Wiederaufnahme ein Ekzem, das sich im Anschluß an die behandelte Skabies entwickelt hatte.

In dem größten Teil der Wiedererkrankungen an Krätze war dieselbe auf neuerliche Ansteckung zurückzuführen, bedingt durch die Rückkehr in die alten unhygienischen Verhältnisse, speziell bei familiärer Skabies.

---

[1]) RILLE, Zwei Fälle von Pemphigus. Ärztegesellschaft in Innsbruck, 28. Oktober 1899. W. kl. W., 1900, Bd. 13, S. 47. — [2]) Vgl. GRIFFON, Traitement de l'eczéma par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétone. Soc. franç. de Derm., 11. Janv. 1905; Ann. de Derm. et de syph., 1906, S. 64. — JADASSOHN, Über Ekzembehandlung. Ther. Mh., 1908, Bd. 12, S. 643.

Digitized by Google

Nachtrag zu dem Artikel „Über Atrophia maculosa cutis luetica".

Von

Prof. Dr. R. POLLAND, Graz.

In der oben angeführten Publikation (Derm. Wschr., Bd. 60, Nr. 8, S. 193) habe ich versehentlich eine neuere Arbeit über dasselbe Thema unberücksichtigt gelassen, welche in mehrfacher Hinsicht Beachtung verdient und auf welche ich daher an dieser Stelle kurz zurückkommen möchte. Es ist die Arbeit von BOHAC „Über makulöse Atrophie mit besonderer Berücksichtigung zweier Fälle von makulöser Atrophie bei Lues" (Arch. f. Derm., Bd. 103, S. 183). Die beiden genau beobachteten und auch histologisch untersuchten Fälle bilden eine weitere Bereicherung des kasuistischen Materiales und einen Beleg dafür, daß die unter obigem Namen bekannte Affektion nicht allzu selten als Folgeerscheinung luetischer Exantheme auftreten kann. Einen besonderen Wert für alle weiteren Bearbeitungen des Gegenstandes besitzt die angeführte Arbeit ferner auch durch die darin enthaltene sehr sorgfältige und kritisch gesichtete Zusammenstellung der einschlägigen Literatur.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Über Protoplasmafasern beim Epitheliom, von GEORGE ARNOLD-Liverpool. (Quarterly J. of Mikr. Sc., Febr. 1912.) Die seit RANVIER spärlich und sehr verstreut erschienenen Arbeiten über Protoplasmafasern und „epidermische Fibrillen" unterzieht Verfasser einer kurzen Besprechung und berichtet dann über seine eigenen Untersuchungen, die er an einem in FLEMMINGscher Lösung fixierten Zungenepitheliom angestellt hat. Die malignen Zellen des Epithelioms unterliegen einer allmählichen Degeneration, indem entweder die Protoplasmafasern aus der Zelle verschwinden und die Zelle selbst zerfällt oder indem das fibrilläre Material im Überschuß produziert wird, sich verdickt und eine Art Mantel um den Kern bildet, der dann atrophiert; derartige „tote" Zellen gruppieren sich und bilden die sogenannten Epithelperlen oder Zellnester.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung des Epithelioms, von A. RAVOGLI-Cincinnati, Ohio. (Am. J. Surg., Mai 1913.) Verfasser empfiehlt oberflächliche Epitheliome mit einem scharfen Löffel zu behandeln und auf die zurückbleibende Wundfläche fünf Minuten lang folgende Mixtur einwirken zu lassen: Formaldehyd 2, Lysol 2, Ferr. perchlor. 1. Dies gibt einen dicken grünen Brei, der frisch zubereitet und verwendet werden muß, weil er sonst unter Braunfärbung seine Wirksamkeit verliert, und der in der Nähe von Augen, Nase und Mund wegen der Formaldehyddämpfe mit Vorsicht zu verwenden ist.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung von kutanen Epitheliomen mit Äthylchlorid, von H. SEIDELIN-Liverpool. (Lanc., 14. Juni 1913.) Verfasser hat in Mexiko zwei Fälle von Ulcus rodens

Digitized by Google

in der Weise behandelt, daß er unter Bedeckung der Umgebung mit einem Schutzverband die Neubildung mit Äthylchlorid zum Gefrieren brachte und zwei bis fünf und sogar sieben Minuten in diesem Zustand hielt. Dies wurde bei dem einen Falle regelmäßig einen Tag um den anderen ausgeführt, und nach etwa 20 Sitzungen war bei geringer sonstiger Nachhilfe vollkommene Heilung erfolgt. Bei dem anderen Patienten wurden die Sitzungen weniger regelmäßig ausgeführt, aber die Heilung war auch hier nach zwei Monaten eine vollständige. Im Laufe von zwei resp. vier Jahren ist kein Rezidiv eingetreten. Verfasser will die Methode aber nur für Ulcus rodens und andere scharf umgrenzte, kleine Tumoren verwendet wissen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Rolle des Lichtes in der Ätiologie des Hautepithelioms, von William Dubreuilh. (7. internat. Dermatol.-Kongr., Rom 1912.) In seinem Vortrage führt Verfasser etwas näher seine schon anderwärts erörterten Ansichten über den Zusammenhang des Sonnenlichts mit der multiplen Hautephitheliomatose der Greise aus. Diese letztere Krankheit wird in ihrer gewöhnlichen Form auf Gesicht und Handrücken eingeleitet durch eine „Präkauserose": die Greisenwarzen. Diese sind das charakteristischste Merkmal eines Symptomenkomplexes, der hervorgerufen wird durch die prolongierte Einwirkung der Sonnenstrahlen, zumal der ultravioletten Strahlen. Der Symptomenkomplex, den man Keratosis senilis oder solaris nennen könnte, ist also eine chronische Insolation. R. Frühwald-Leipzig.

Hautepitheliome durch Sonnenlicht geheilt, von Hiram H. Serlye-Daytona. (New York m. J., 7. Febr. 1914.) S. erinnert bei dem großen Interesse für Radium und dessen erfolgreiche Anwendung gegen Karzinom, an ein älteres und nicht minder wirksames Mittel gegen kleine oberflächliche Hautepitheliome, nämlich konzentriertes Sonnenlicht, das mittels eines gewöhnlichen Vergrößerungsglases, wie es für geringen Preis leicht zu kaufen ist, auf die Hautstelle gesammelt wird. Eine lange Reihe von Jahren hindurch hat S. diese Behandlungsart von unfehlbarem Erfolge begleitet gesehen und zwar hauptsächlich bei jenen hartnäckigen ulzerierenden Herden im Gesicht oder an der Nase, welche unter Salben, Pudern oder anderen Lokalbehandlungen durchaus nicht heilen wollen, gewöhnlich von mäßiger Ausdehnung und niemals bösartig sind. Eine Sitzung der direkten Bestrahlung dauert gewöhnlich 10—15 Minuten (bis der Patient das Gefühl von Brennen verspürt), wird anfangs jeden Tag oder jeden zweiten Tag wiederholt, bis der Schorf abgefallen ist, und dann die offen liegende Geschwürsfläche auf 3—4 Minuten mit möglichst starkem Licht bestrahlt, um dann wieder mit der milderen Applikation auf 15 Minuten fortzufahren. Inzwischen wird irgend ein austrocknender Puder, wie Borsäure, Talkum, Bismut angewendet. Zuletzt bleibt eine gesunde, ganz normale Haut mit einer kaum sichtbaren Narbenspur. Selten sind mehr als 8 bis 15 Bestrahlungen nötig, um dieses Resultat zu erzielen. Sieben von S. in den letzten zehn Jahren behandelte Fälle zweifellos maligner Geschwürsprozesse illustrieren die Vorzüge dieser Methode, die stets dann in Betracht kämen, wenn Röntgenstrahlen und Radium nicht zur Hand sind. M. Stern-München.

Zwei Fälle von Epitheliom der Unterlippe bei eingeborenen Frauen, von J. Brault. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 137.) Bei dem immerhin viel selteneren Vorkommen des Epithelioms der Unterlippe bei Frauen ist es bemerkenswert, daß der Verfasser Gelegenheit hatte, in Algier im Monat Juni 1913, zwei Fälle bei weiblichen Eingeborenen zu sehen. Beidemal handelte es sich um typische Hornzellenepitheliome.
A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung eines Nasenepithelioms mit Radium, von Th. Nogier. (Lyon méd., 1914, Nr. 5.) Bei einem 80jährigen Manne wurde ein großes Epitheliom der Nase durch Radium innerhalb eines Monates zum Schwinden gebracht. Verfasser weist aber

Digitized by Google

darauf hin, daß Radium nicht alle Epitheliome heilen kann. Bei tiefgreifenden, inoperablen Neoplasmen ist die sicherste Methode die Kombination von Radium mit intensiver Röntgenbestrahlung. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Kenntnis der bösartigen Tumoren der Sakralgegend (aus angeborener Anlage hervorgegangenes Kankroid bei einem 72jährigen Manne), von Rudolf Heusner-Basel. (Zbl. f. Pathol., 1913, Bd. 24, Nr. 23.) Eingehende Schilderung des klinischen Verlaufes, makroskopischen und mikroskopischen sowie Sektionsbefundes. Der maligne Tumor, welcher wahrscheinlich von einem in die Tiefe versprengten Epidermiskeim ausgegangen war, erwies sich histologisch als ein Kankroid mit ausgedehnter Verhornung. O. Gans-Hamburg.

Über das Wesen des Greisenalters und der Karzinosis, von H. Gilford-Reading. (Brit. m. J., 27. Dez. 1913.) Um dem Verständnis der Karzinosis näher zu kommen, ist, wie G. ausführt, eine genauere Kenntnis der anatomischen und physiologischen Vorgänge der senilen Involution, von welcher wir tatsächlich nur sehr wenig wissen, von eminenter Wichtigkeit. Diese Vorgänge umfassen nicht nur Verfall, sondern auch die Prozesse der Fibrosierung und der Proliferation. Die Zellen des alternden Organismus nähern sich in ihrem Verhalten vielfach wieder der ursprünglichen, unentwickelten Form und zeigen Neigung zur Vermehrung, wenn auch die Vorgänge des Zerfalls und der bindegewebigen Schrumpfung im großen ganzen überwiegen. Die Karzinomzelle ist aufzufassen als eine senil entartete oder auch als eine mehr oder minder rudimentär stehengebliebene Zelle, welche gewissermaßen in senile Proliferation verfällt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Diagnostische und therapeutische Krebsstudien, von Stammler. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 92.) S. hat in den letzten $4^1/_2$ Jahren auf der Abteilung von Geheimrat Kümmel Versuche bezüglich der biologischen Geschwulstdiagnostik angestellt und kommt zu dem Ergebnis, daß die Freund-Kaminersche, die Ascolische Meiostagminreaktion und die Abderhaldensche Methode zurzeit, ebensowenig wie die anderen in der Literatur bekannten, einen sicheren Anhalt für die Diagnose geben. Gerade bei der Frühdiagnose haben sie oft versagt. Was nun die Therapie betrifft, steht S. auf dem Standpunkt, daß die Chirurgie, besonders auch bezüglich der Dauererfolge, noch immer die besten Resultate hat. Bei inoperablen Fällen und bei Rezidiven wird auf der Kümmelschen Abteilung der Strahlentherapie der Vorrang gegeben. Die chemische Krebsbehandlung hat vollkommen versagt. Das Auftreten von Einschmelzungsherden im Tumor ist noch lange nicht als Heilungsvorgang zu bewerten; erst bei einer Substitution durch Bindegewebe oder Fett kann von einer Heilung gesprochen werden. Dagegen muß man den Metallkolloiden eine gewisse analeptische Wirkung und die Fähigkeit, die Bestrahlungstherapie durch Sensibilisierung der Geschwülste zu unterstützen, zuschreiben. Wirklich gute Erfolge sind mit Arsen (Arsazetin, Atoxyl, Salvarsan) nur bei Sarkom erzielt worden. Unter den biologischen Methoden der Krebstherapie scheint die aktive Immunisierung die aussichtsreichste zu sein. Voraussetzung ist die streng spezifische Auffassung der Geschwulststämme und -arten. Demnach gibt die eigene Geschwulst die besten Resultate. Von den 18 Patienten, die S. mit dem eigenen Tumorautolysat behandelt hat, wurde nur einer wirklich geheilt, drei wurden vorübergehend gebessert, bei drei anderen konnte man eine einschmelzende Wirkung auf den Tumor beobachten. Nach S. scheitern die Erfolge an dem Umstande, daß einerseits das Verfahren an äußerst kachektischen Patienten vorgenommen wird, andererseits nicht genügende Mengen eigenen Tumorextraktes zur Verfügung stehen.

E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Die Heilung und Verhütung des Krebses, von F. Schürer von Waldheim-Wien. (Neue Heilk. u. Gesundheitslehre f. Ärzte u. Nichtärzte, 1914, H. 4.) Verfasser betrachtet den Krebs als eine langjährige Ernährungskrankheit, der sich Reize hinzugesellen. Der Grund derselben ist die Verarmung des Körpers an Kieselsäure. Fleisch, Eier, Fisch, Käse, Milch enthalten äußerst wenig Kieselsäure; diese einseitige Kost bevorzugen gerade die Reichen, unter denen gerade die Krebskrankheit unzählige Opfer fordert. Reich an Kieselsäure sind Reismehl, Hirse, Hafer, Gerste, Mais, Weizen, Roggen, die Gemüse, die Früchte; besonders reich an Kieselsäure aber sind die Getreidehülsen und Obstschalen, die mit gegessen werden sollten. Der Eiweißüberschuß stellt einen gefährlichen Wachstumsreiz dar. Besonders gefährlich sind die Reizungen die von Alkohol, Tabak, scharfen Gewürzen und zu heißer Nahrung sowie von ätzenden Medikamenten ausgehen. Die Heilung des vorhandenen Krebsleidens bestehe in Behandlung des Grundleidens, das Messer solle nur bei lebensbedrohenden Verwicklungen, wie Darm-, Kehlkopfstenosen u. dgl. in Betracht kommen. Zur Heilung sei vor allem die Ausschaltung aller Reize nötig; dann muß man 1. auf richtige Ernährung sehen, 2. die ins Blut gelangenden Stoffwechselprodukte der Wucherzellen durch perkutane Entgiftung, Schwitzbäder u. dgl. beseitigen, 3. Belichtung mit Röntgenstrahlen anwenden, und 4. für Muskelarbeit, frische Luft und entsprechende Geschwürsbehandlung Sorge tragen. Als Medikation sei die Kieselsäurezufuhr nach Dr. Zeller von größter Wichtigkeit: Rp. Natr. silicic. ää 1,25, Kal. silicic. ää 1,25, Sacch. lactis 7.50, M. F. T. Divide in partes aeq. Nr. XXV, D. ad chartam ceratam, S. 3mal täglich ein Pulver nach den Mahlzeiten in Wasser zu nehmen. F. John-Leipzig.

Über den Erfolg von Mäusekarzinomimpfungen auf Kaninchen, von Apolant und Bierbaum-Franfurt. (D. m. W., 1914, Nr. 11.) Verfasser haben die Versuche Strauchs (B. kl. W., 1913, Nr. 21) nachgeprüft, dem es angeblich gelungen war, Mäusekarzinom auf Kaninchen in 50% mit positivem Erfolg zu impfen und dann auch auf andere Kaninchen weiter- aber nicht auf Mäuse zurückzuimpfen. Strukturell wichen die neuen Tumoren völlig von dem übertragenen Material ab, sie hätten sich aber ebenso als sehr bösartig erwiesen. Verfasser fanden nur, daß die entstandenen Knoten Granulationsgewebe im Übergang zum Abszeß wahrscheinlich bakteriellen Ursprungs darstellten. O. Junghanns-Dresden.

Analyse der Wirkung radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs, von v. Wassermann-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 11.) Um klar zu sehen, ob die Strahlen direkt auf den Tumor einwirken, oder ob das Blut oder andere Zellen eine ausschlaggebende Rolle spielen, stellte er die Versuche in vitro an, das heißt, er ließ die γ-Strahlen eines 50 mg Mesothoriumpräparates auf eine Suspension von kleinen, etwa 1 mm dicken Stückchen des Krebses in Ringerscher Lösung einwirken. In Ringerscher Lösung zeigten sich diese Stückchen noch $4^1/_2$ Stunde lebensfähig und übertragbar. Nach dreistündiger Bestrahlung war keine Verimpfung mehr möglich, wohingegen die Kontrollen von elf Versuchen neunmal positiv ausfielen. Bei 3 mm dicken Stückchen zeigte sich, daß drei Stunden Bestrahlung nicht mehr genügte. Es gingen Impfungen an, es waren schon nicht mehr alle Zellen abgetötet. Um weiter zu erforschen, ob die Karzinomzelle abgetötet wird, oder ob nur das zerstört wird, was ihr den Charakter der bösartigen Zelle verleiht, wurden nach der Bestrahlung Stückchen verimpft, andere kamen in eine mit Methylenblau schwach gefärbte Ringersche Lösung, die durch Paraffinüberguß luftdicht abgeschlossen wurde. Während die Impfungen nicht angingen, blaßte die Methylenblaulösung durch den Sauerstoffverbrauch der noch lebenden Zellen ab. So wirkt die Strahlung direkt auf die Karzinomzelle, es wird aber nur derjenige Apparat getroffen, der die Ver-

Digitized by Google

mehrung, die Proliferation und Teilung versorgt. Es wird nur der Fortpflanzungs-, nicht der Ernährungsapparat getroffen. O. Junghanns-Dresden.

Bericht über einen Fall von Gesichtskarzinom, von Edwin S. Maxson-Syrakuse N. Y. (New York m. J., 29. Nov. 1913.) Es handelte sich um ein in der rechten Nasenhälfte sitzendes Karzinom, das nicht auf die Wangenhaut, sondern durch den harten Gaumen gegen die Mundhöhle zu aufbrach und der 41jährigen Patientin erhebliche Beschwerden beim Kauen usw. verursachte; zehn Monate nach Beginn, resp. nach gestellter Diagnose, welche keine Besserung von einem operativen Eingriff annehmen ließ, trat der Tod als Erlöser ein, nachdem 14 Tage vorher doch noch ein Eingriff gemacht wurde, um das Schließen des Mundes und die Atmung zu erleichtern. M. hält es nicht für ausgeschlossen, daß Patientin in ihrer Eigenschaft als Krankenpflegerin mit karzinomatösem Gewebe sich infizierte (Karzinomzellen in die Nase brachte).

M. Stern-München.

Hyperkeratose auf der Haut eines Mammakarzinoms, von B. Radvánszky-Budapest. (Orvosok Lapja, 1913, Nr. 34.) Verfasser referiert über einen Patienten, bei dem über der karzinomatös veränderten rechtsseitigen Brust eine panzerartige Hornhaut war, die die ganze Brust bedeckte, so daß auch die Brustwarze nicht abzuheben war. Auf der rechtsseitigen Brustkorbhälfte nehmen zerstreute, scharf umschriebene, von der umgebenden Haut sozusagen sich nagelförmig erhebende Hornplaques Platz, unter denen konsistente Knoten fühlbar sind. Zu diesen Knoten führen aus der Hauptgeschwulst infiltrierte Bündel. Die nach Probeexzision vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Kranke ein vom Drüsenepithel ausgehendes Carcinoma mammae besaß, über dem die Haut hochgradige, aber nicht karzinomatöse Hyperkeratose zeigte. Die seitens der den Tumor und dessen Metastasen bedeckenden Haut beobachtete hochgradige Hyperkeratosierung hat nach Verfasser die fremdkörperartige Wirkung der Geschwulst hervorgerufen. Bemerkenswert ist, daß die ganze Haut anormal hochgradige Schuppung gezeigt hat. Verfasser hält den Fall deshalb für erwähnenswert, weil er in der Literatur keinen ähnlichen gefunden hat. M. Porosz-Budapest.

Über Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse und deren Krebse, von C. Krompecher-Budapest. (Vh. d. D. pathol. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Verfasser bringt zunächst eine Literaturzusammenstellung der mit „blassem Epithel" ausgekleideten kleinen Zysten der Brustdrüse. Bei 292 gut- und bösartigen Brustgeschwülsten fand er selbst diese Zysten 21 mal und zwar zwölfmal bei gutartigen Fibroadenomen und neunmal bei Krebsen. Während das „blasse Epithel" stets sehr deutlich vor Augen trat, fanden sich die langen, parallel nach Art von Reifen verlaufenden Spindelzellen bloß dreimal wirklich ausgesprochen. Das Verhalten des Epithels und der Membrana propria scheinen mit Sicherheit dafür zu sprechen, daß es sich bei den fraglichen Zysten um den Schweißdrüsenzysten analoge Zysten handelt. Sie kommen in den verschiedenen Altersklassen vor; was die Natur der Geschwülste anbelangt, bei denen sie sich finden, scheint das Fibroadenoma simplex zu überwiegen. Die Zahl der Zysten schwankt zwischen 1 und 30 in einem Präparat; die Größe derselben ist vielfach mikroskopisch. Die Gestalt ist stets mehr oder weniger oval oder rundlich. Das blasse Epithel ist seiner Gestalt nach sehr verschieden. Öfters kommt es vor, daß in einer einzigen Zyste alle Übergänge vom abgeplatteten bis zum hochzylindrischen Epithel vorhanden sind. Die Anordnung des Epithels ist eine sehr mannigfaltige. Die Muskelspindeln waren stellenweise auffallend lang und in großer Zahl vorhanden, oft sind sie aber auch nur angedeutet. Das Verhalten des blassen Epithels und das Vorhandensein der für die Schweißdrüsen so charakteristischen Muskelspindelschicht lassen keine andere Deutung zu, als daß es sich bloß um Schweißdrüsenzysten handeln kann. Daß das blasse Epithel eine krebsige Um-

Digitized by Google

wandlung erleiden kann und so die in die Brustdrüse versprengten Schweißdrüsenzysten den Ausgangspunkt von Krebsen bilden können, behauptet Verfasser zum Schluß und beweist es auf Grund der Beobachtung dreier Fälle. G. Heymann-Elbing.

Über Nävokarzinome, von M. J. Darier-Paris. (Ber. d. franz. Ges. f. Krebsforschung, 21. Nov. 1913.) Auf Grund zahlreicher histologischer Feststellungen des Verfassers rechnet er die Nävi und die Nävokarzinome zu Tumoren epithelialer Natur und will sie daher in die Gruppe der Epitheliome der Haut eingereiht wissen. Das Pigment, welches übrigens nur eine nebensächliche Bedeutung hat — daher sind keine Beziehungen zwischen Pigmentreichtum und Entwicklung der Neubildungen vorhanden — und meistens, aber nicht konstant in den Tumoren vorkommt, liegt in den epithelialen Elementen und nur in geringer Menge im Mesoderma. Die Tumoren wachsen meist nach Art alveolärer oder retikulärer Karzinome; aber selbst wenn sie das Aussehen von Sarkomen haben, sind ihre Elemente epithelialer Herkunft und von epithelialer Natur. Zwischen dem „ruhenden Nävus", dem „wachsenden Nävus" und dem „Nävokarzinom" bestehen fließende Übergänge. Über die Grundursache sowohl des Wachstums als auch der Umwandlung in maligne Tumoren ist man noch nicht unterrichtet. Die Art der Entwicklung und Verbreitung der Nävokarzinome ist für diese spezifisch und weicht in bestimmten Punkten von den Sarkomen und Karzinomen ab. Ihre Malignität zeigt sich einmal durch das Auftreten sekundärer, pigmentierter Neubildungen, zweitens durch die Entwicklung nichtpigmentierter Tumoren und drittens durch das Erscheinen nichtneoplastischer Pigmentationen. Diese sekundäre Melanose kann als lokalisierte, metastatische und generalisierte Erkrankung auftreten und in ihrer Struktur sehr stark von dem primären Tumor abweichen. Die Therapie der Wahl ist die Elektrolyse und u. a. auch die Exzision. Wichtig ist vor allem einzugreifen, ehe eine Aussaat stattgefunden.

O. Gans-Hamburg.

Ein Fall von Schornsteinfegerkrebs und ein Erklärungsversuch zur Pathologie der Karzinosis, von D. A. Crow-Aylesbury. (Brit. m. J., 21. Februar 1914.) Ein 57jähriger Schornsteinfeger kam wegen einer seit fünf Jahren bestandenen Geschwulst am Skrotum, welche klinisch und nach der erfolgreichen Operation auf Grund der mikroskopischen Untersuchung als Karzinom diagnostiziert wurde, ins Krankenhaus. An der Hand hatte eine ähnliche Geschwulst bestanden und war fünf Jahre zuvor operativ entfernt worden. Die Körperhaut zeigte im allgemeinen die Veränderungen, welche als charakteristisch für Ruß- und Paraffineinwirkung von Paget beschrieben sind. Der Vater des Patienten und drei Geschwister sind auch krebskrank gewesen. Verfasser meint, daß zur Entstehung von krebsiger Entartung der Zellen eine Behinderung in der Sauerstoffzufuhr Grundbedingung sei; dies werde durch den Ruß sowie andererseits durch fibröse Veränderung der bedeckenden oberflächlichen Zellen herbeigeführt. Bei Schornsteinfegern ist der Krebs, wie er an einigen Beispielen darlegt, nicht auf das Skrotum als einzigen Locus minoris resistentiae beschränkt, sondern es scheint, daß diese Berufsart im allgemeinen stark zum Hautkrebs prädisponiert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Arsenikkrebs, von W. H. Nutt, I. M. Beattie und R. J. Pye-Smith-Sheffield. (Lanc., 1913, Nr. 4691/92, S. 210 u. 282.) Verfasser berichten über einen Fall von diffuser Karzinosis bei einer 29jährigen verheirateten Frau, welche als junges Mädchen wegen einer psoriatischen Hautaffektion drei Jahre lang ausgiebig Arsenik genommen hatte. Etwa acht Jahre nach dem Aussetzen der Arsenikbehandlung wurden keratotische Erscheinungen bemerkt, und nach weiteren sechs Jahren wurde erst als erste Karzinomläsion eine Ulzeration am Ringfinger konstatiert. Verfasser geben eine eingehende Besprechung und tabellarische Zusammenstellung von 30 von anderen Verfassern betrachteten Fällen

Digitized by Google

und gelangen zu dem Resultate, daß man dem Arsenik wohl nicht eine direkte und unmittelbare ätiologische Bedeutung beim Krebs zuschreiben kann, wohl aber eine prädisponierende und vorbereitende Wirkung. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Kasuistik des Röntgenkarzinoms, von Hugo Bichler-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 26.) Krankenberichte über vier Fälle, bei welchen sich die Karzinome vom Charakter der flachen Hautkrebse auf der Basis von alten Röntgendermatitiden entwickelten. Verfasser rät, bei vorliegendem Karzinom möglichst bald zu exzidieren, bei Verdacht eine Probeexzision vorzunehmen. H. Vörner-Leipzig.

Das Strahlenkarzinom, von Erna Glaesmer-Heidelberg. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Da auch außer den Röntgenstrahlen die radioaktiven Körper Veranlassung zur Bildung eines Karzinoms geben können, so sollte nach der Meinung der Verfasserin der Begriff „Röntgenkarzinom" dem umfassenderen Namen „Strahlenkarzinom" Platz machen. Denn trotz der verhältnismäßig kurzen und im Vergleich zur Röntgenstrahlung beschränkten Anwendung der radioaktiven Substanzen ist der Radiumkrebs bereits mehrfach beobachtet worden. Verfasserin sucht in ihren folgenden Ausführungen nachzuweisen, daß für das Zustandekommen des Strahlenkrebses nicht vorwiegend die weichen Strahlen ätiologisch verantwortlich zu machen sind und daß unter Umständen auch ein artefizielles Karzinom innerer epithelialer Organe bei der Tiefentherapie zu befürchten sei. H. Rausch-Darmstadt.

Untersuchungen zur Wirkung der Röntgenstrahlen auf Karzinomzellen an einem Fall von Hautkarzinomatose, von Hans Ritter und F. Lewandowsky-Hamburg. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) An einem ausgedehnten Falle von Hautkarzinomatose konnten die Verfasser das Verhalten der Karzinomzellen kleinen und großen Röntgendosen gegenüber und die Wirkung harter und extremharter Röntgenstrahlen auf das Karzinomgewebe studieren. Bei dem Falle, an dem sie ihre Untersuchungen anstellten, handelte es sich um eine 24jährige Frau mit einem rosaroten, ganz flachen Exanthem. Die Einzeleffloreszenzen bestanden aus 1—3 markstückgroßen Plaques, durch deren Konfluieren ein serpiginöser Charakter entstand. Die Diagnose schwankte erst zwischen toxischem Erythem, Tuberkulid, Lupus erythematodes und metastatischer Hautkarzinomatose. Der histologische Befund der Probeexzision ergab metastatische Hautkarzinomatose. Die Verfasser stellten nun ihre Versuche in der Art an, daß sie einer kleinen Stelle eine Reizdosis 3 X unfiltrierten harten Röntgenlichtes (Halbwertschicht 1,5 cm) gaben, einer zweiten Stelle eine Volldosis 10 X gleichen Härtegrades, einer dritten Stelle 10 X einer mit 0,5 Aluminium gefilterten Strahlung (Halbwertschicht 1,8 cm), einer vierten Stelle die gleiche Dosis mit 1,0 Aluminium filtriert (Halbwertschicht 2 cm) und einer fünften Stelle endlich dieselbe Dosis mit 2,0 Aluminium gefiltert (Halbwertschicht 2,25 cm). Die Ergebnisse der histologischen Untersuchung waren sehr bemerkenswert. Bei der Dosis 3 X unfiltrierter Strahlen war eine starke Vermehrung der Karzinomelemente aufgetreten, es hatte also diese geringe Röntgendosis einen Reiz auf das Karzinomgewebe ausgeübt. Daraus ist die Lehre zu entnehmen, daß in jedem Falle eine genügend große Dosis angewandt wird, um deletär auf das Karzinom zu wirken. Bei der Bestrahlung mit 10 X ließ sich ein deletärer Einfluß auf das Karzinomgewebe feststellen. Ferner zeigte sich bei allen Bestrahlungen mit Volldosen eine fast gleichmäßige Atrophie der Haut ohne Unterschied, ob harte oder extremharte Strahlen angewandt waren. Anders dagegen verhielten sich die Karzinomzellen. Je härter das Strahlengemisch war, um so intensiver war die Wirkung auf die Karzinomzellen. Die Empfindlichkeitsgrenze der Haut für Röntgenstrahlen wird mit deren größeren Härtung herabgesetzt, während die zunehmende Härtung die spezifische, elektive Einwirkung der Röntgenstrahlen auf pathologisches Gewebe erhöht. H. Rausch-Darmstadt.

Digitized by Google

Scheinbarer Erfolg bei einer Krebsgeschwulst durch Kombination der Atoxyl- und Strahlentherapie, von FERDINAND BLUMENTHAL-Berlin. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, H. 2.) Es handelte sich um eine 69jährige Näherin mit apfelgroßem, stark ulzeriertem und verjauchtem Tumor des rechten oberen Augenlides. Die Patientin war im ganzen zwölfmal mit Röntgenstrahlen bestrahlt worden, wodurch eine wesentliche Verschlechterung ihres Zustandes eintrat, die Geschwulst sei weiter in die Peripherie gewachsen. Verfasser behandelte nun in der Weise, daß er die Röntgenbestrahlungen mit intravenösen Arseninjektionen kombinierte. Die Patientin erhielt 22 Atoxylinjektionen und bekam alle drei Wochen eine $^3/_4$ Dosis nach SABOURAUD-NOIRÉ mit einer Röhre von 7—8 Wehnelt, zusammen 11 Bestrahlungen. Die Geschwulst, die mikroskopisch sich als Basalzellenkarzinom erwies, ging unter dieser Behandlung völlig zurück, durch äußere Betastung ließ sich nach Beendigung der Behandlung von einem Tumor nichts mehr nachweisen. Verfasser empfiehlt nach diesem Resultat angelegentlich die Kombination des Atoxyls, resp. der arsenigen Säure mit der Bestrahlungstherapie bei röntgenrefraktären Tumoren. H. Rausch-Darmstadt.

Verschiedenes.

Dr. WILHELM HALLE in Hannover macht uns mit Recht darauf aufmerksam, daß der jetzigen Knappheit an Weizenmehl auch von seiten der Ärzte begegnet werden könnte, wenn statt **Amylum tritici** möglichst Talcum oder Terra silicea UNNA, insbesondere als Zusatz zur Zinkpaste verordnet würde. Dazu sei noch bemerkt, daß, wie schon KAPOSI gelehrt und der gefertigte wiederholt betont hat, eine reichlich Talk enthaltende Zinkpaste überdies therapeutisch viel wirksamer ist als die ursprüngliche LASSARsche Verschreibung. Rille.

Das k. u. k. österr. Kriegsministerium hat verfügt, daß bloß die mit akutem und subakutem **Tripper** behafteten Mannschaften an die Spitäler abgegeben werden dürfen, nicht aber jene mit chronischen Erkrankungen, bei welchen die Gefahr akutentzündlicher Komplikationen nicht besteht; letztere haben an der Front zu verbleiben.

Der 3. Kongreß des **Nordischen Dermatologischen Vereins** wird 1916 in Kristiania unter dem Vorsitze von Prof. CAESAR BOECK stattfinden. Zu Vorstandsmitgliedern wurden gewählt PONTOPPIDAN-Kopenhagen, KARVONEN-Helsingfors, GRÖN-Kristiania und SEDERHOLM-Stockholm.

Prof. MICHAIL PETRINI DI GALATZ fungiert zurzeit als Dekan der medizinischen Fakultät in Bukarest.

K. k. Obersan.-Rat Prof. WLADIMIR v. LUKASIEWICZ leitet auch während der gegenwärtigen russischen Invasion die dermatologische Abteilung seiner Klinik in Lemberg.

Landsturm-Reg.-Arzt Dr. MAX SCHRAMEK, Assistent der dermatologischen Klinik (Prof. RIEHL) in Wien, hat das Goldene Verdienstkreuz mit der Krone am Bande der Tapferkeitsmedaille erhalten.

Dr. HEINRICH SPRINZELS, Assistent der dermatologischen Abteilung an der Wiener Allgemeinen Poliklinik, ist im k. u. k. Reservespitale zu Ujerbász in Ausübung seines Berufes an Flecktyphus gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. April 1915 | Nr. 15 | Band 60

Patriotischer Appell an die Herren Kollegen.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Es ist Ihnen bekannt, daß unser geliebtes deutsches Volk zurzeit an Weizenmehl sehr großen Mangel leidet. Wir Ärzte und besonders wir Dermatologen können nun, wenn auch nur in bescheidenem Maße, das Minus an Weizenmehl etwas verringern, wenn jeder Arzt in seiner Praxis bei Streupulvern und den bekannten Schüttelmixturen oder Wischwässern (aus Zinc. oxyd., Amyl. trit., Glyzerin und Aqua bestehend) Talcum anstatt Amylum tritici verordnet und die allgemein bekannte und mit Recht beliebte Zinkpaste und die aus derselben bereiteten zusammengesetzten Pasten[1]) nicht nach der offizinellen Lassarschen Vorschrift (Zinc. oxyd. 25, Amyl. trit. 25, Vasel. flav. amer. 50) verschreibt, sondern nach der etwas modifizierten Unnaschen[2]) Vorschrift: Zinci oxydati 25, Terra silic. 10, Vaselin. flav. american. ad 100 oder, falls die Konsistenz etwas weicher, als sog. Pasta Zinci mollis gewünscht wird, Zinci oxydati 25, Terra silic. 5, Vaselin. flav. amer. ad 100. Daß durch eine solche, wenn möglichst allgemein durchgeführte Verschreibungsweise eine recht beträchtliche Menge Amylum tritici erspart werden kann, geht daraus hervor, daß, laut persönlicher Umfrage bei den Apothekern der Stadt Hannover der jährliche Verbrauch an Amylum tritici (nur für Zinkpaste und Streupulver) pro Apotheke im Durchschnitt 40 kg (30—60 kg, in der Krankenhaus-Apotheke wegen der vielen Hautkranken sogar 250 kg) beträgt. Dies bedeutet für die 30 Apotheken Hannovers einen Jahresverbrauch von 1200 kg, wozu noch der ziemlich beträchtliche Verbrauch in den Lazaretten[3]) und in den Drogengeschäften kommt, welche Weizenmehl als Zusatz zu fast allen Streupulvern und Toilettepudern brauchen. Nimmt man den Jahresverbrauch in den Apotheken und Lazaretten Hannovers (1350 kg = 2700 Pfund) als Norm an, so würde das für die ganze Bevölkerung Deutschlands (350000 × 200 = 70 Millionen) einem Jahreskonsum von 2700 × 200 = 540000 Pfund, also über $^1/_2$ Million Pfund Weizenstärke entsprechen.

Im patriotischen Interesse spreche ich deshalb die Bitte an die Herren Kollegen aus, daß jeder an seinem Teile dazu beitragen möge, durch Ersetzung von Amylum tritici durch Talcum resp. Terra silic. in obigem Sinne den Verbrauch der Weizenstärke bei der Rezeptur auf ein Minimum zu reduzieren.

---

[1]) Mit Zusatz von Ichthyol, Tumenol-Ammonium, Teer, Salizylsäure, also auch die offizinelle Pasta salicylica, welche ja eine Lassarsche Zinkpaste mit Zusatz von 2% Salizylsäure ist. — [2]) Die Beibehaltung der Unnaschen Originalvorschrift: Zinci oxyd. 25, Terr. silic. 5, Adipis benzoati ad 100 empfehle ich nicht, weil 1 kg Adeps benzoatus 4 Mark kostet, d. h. doppelt so viel als der jetzige hohe Preis für 1 kg Vaselin. flav. americ., und weil Schweineschmalz jetzt ein wertvolles Nahrungsmittel ist. Sollte Vaselin im Laufe des Krieges noch teurer werden, so würde ich vorschlagen, es durch die gleiche Menge des offizinellen Unguentum molle (Lanolin + Vaselin. flav. americ. āā) zu ersetzen, welches eine gleich gute Konsistenz gibt. — [3]) Der Verbrauch von Amylum in den Lazaretten Hannovers betrug vom 1. VII. bis 31. XII. 1914 75 kg = 150 kg im Jahr.

Digitized by Google

Da viele Apotheker die Zinkpaste nicht selbst herstellen, sondern fertig (nach der offizinellen LASSARschen Vorschrift) von pharmazeutischen Fabriken, z. B. Beiersdorf & Co. beziehen, so trage ich mich mit der Absicht, beim Ministerium des Innern den Antrag zu stellen, daß eine Verfügung an die Ärzte, Apotheker und pharmazeutischen Fabriken erlassen werde des Inhaltes, daß während der Zeitdauer des Krieges zu Streupulvern möglichst Talcum verordnet und in der Zinkpaste die 25% Amylum tritici durch 10% Terr. silic. ersetzt werden mögen. Es würde mir lieb sein, wenn eine größere Anzahl der Herren Kollegen mir ihre Meinung und eventuell auch sicheres, weiteres Material hierüber mitteilen würden, um die Statistik des Amylumverbrauches in den deutschen Apotheken auf eine breitere Basis zu stellen.

Mit kollegialem Gruß

Dr. Halle-Hannover.

Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhause II Hannover (dirig. Arzt: Dr. STÜMPKE).

Ein Fall von Syringozystadenom.

Von

GUSTAV STÜMPKE.

(Mit 1 Abbildung.)

In folgendem sei mir gestattet, eine kurze Mitteilung über jenes Krankheitsbild zu machen, das wohl in seinem klinischen Bilde und seinem histopathologischen Verhalten gut bekannt ist, über dessen Deutung, resp. Entstehungsursache indes die Ansichten noch weit auseinander gehen: das Syringozystadenom (TÖRÖK) oder Syringozystom (NEUMANN).

Bekanntlich existieren für diese Affektion noch eine Reihe andere Bezeichnungen, die mehr oder weniger der ätiologischen Auffassung der betreffenden Autoren Rechnung tragen: Haemangoendothelioma tuberosum multiplex (JARISCH), Endothelioma tuberosum colloides (KROMAYER), Naevus tuberosus multiplex (MÖLLER), Naevi cystepitheliomatosi disseminati (GASSMANN).

Es scheint indes, als ob die beiden erstgenannten Bezeichnungen (Syringozystadenom, Syringozystom) sich bis zu einem gewissen Grade durchsetzen wollen, was im Interesse einer einfachen Nomenklatur und einer größeren Einheitlichkeit, die ja gerade in der Dermatologie so vielfach vermißt wird, sehr zu begrüßen wäre.

Über diese Dinge später noch einige Worte. Zunächst unser Fall:

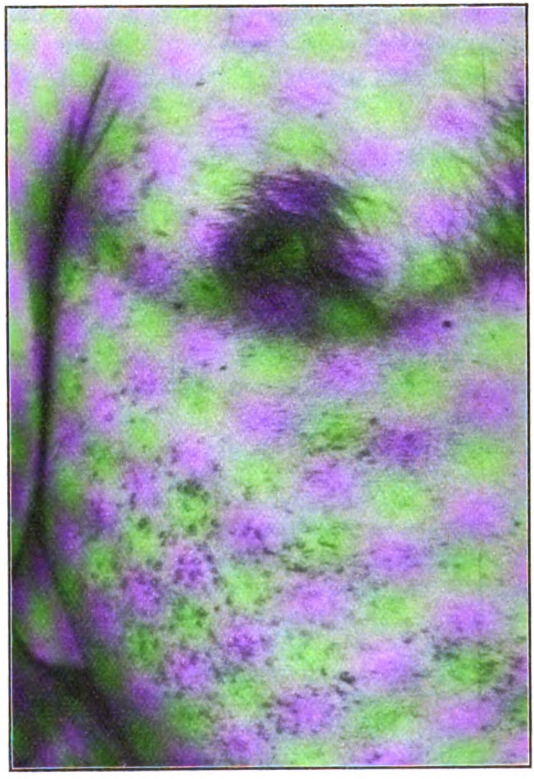
Z. Felix, 36jähriger Expedient, Hannover. Aufgenommen am 26. Januar 1913. Entlassen am 3. Februar 1913.

Anamnese: Seit drei Jahren etwa leidet Patient an einem Ausschlag der Brust und des Bauches, den Patient zunächst in den seitlichen Partien bemerkt, und der ganz allmählich die jetzige Ausdehnung erreicht hat. Es ist dem Kranken aufgefallen, daß der Ausschlag seit längerer Zeit — er gibt etwa ein halbes Jahr an — keine weiteren

Digitized by Google

Fortschritte mehr gemacht hat. Beschwerden hat ihm die Affektion nie bereitet. Auch sonst will Patient nie ernstlich krank gewesen sein, bis auf eine Lungenentzündung, die er im Oktober, November 1911 durchgemacht haben will. Familienanamnese ist ohne Belang; speziell sind keine Hautleiden irgendwie vorgekommen.

Status praesens: Mittelgroßer, etwas schmächtiger Mann in normalem Ernährungszustand. An den inneren Organen lassen sich Veränderungen nicht nachweisen, der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. An beiden Seiten des Thorax sowie des Abdomens, die Mittellinie völlig freilassend, imponiert ein aus durchschnittlich erbsengroßen, deutlich erhabenen, meistens ziemlich kreisrunden, bräunlichen Effloreszenzen bestehendes Exanthem. Gesicht, Hals und Extremitäten sind vollkommen frei. Die Effloreszenzen sind nur mit der Haut verschieblich, liegen also offenbar im Korium; ihre Oberfläche ist ziemlich glatt, die darüberziehende Epidermis erscheint an manchen Stellen etwas gespannt. Die Haut der Umgebung ist völlig intakt. Die Anordnung der einzelnen Effloreszenzen ist sehr dicht. Sie stehen ziemlich regellos, eine bestimmte Gruppierung läßt sich nicht erkennen; und zwar stehen sie am meisten gedrängt in den Abdominalpartien.



Mikroskopischer Befund: In der Mehrzahl der Präparate findet man zahlreiche, mit einer kolloiden Masse gefüllte Zysten in den allerverschiedensten Größenverhältnissen, von meist runder, aber auch ovalerForm. In einer Minderzahl von Präparaten fällt auf, daß so gut wie gar keine Zysten vorhanden sind, sondern nur kompakte Zellenmassen, in denen sehr häufig die zentraler gelegenen Zellteile weniger gut gefärbt sind, zum Teil überhaupt nicht mehr. An manchen Stellen kann man direkt sehen, daß sich an die mangelhaft gefärbten Zellpartien die oben erwähnten kolloiden Massen anschließen, so daß man den Eindruck hat, daß diese kompakten Zellnester eine Vorstufe jener oben beschriebenen Zysten darstellen. Weiter zeigt sich, daß häufig die beschriebenen Zysten sich in einen soliden Zellstrang fortsetzen, an mehreren Stellen kann man direkt eine Verbindung mehrerer aneinanderliegender Zysten durch solide Zellstränge feststellen. Was die Lage der soeben beschriebenen Gebilde anlangt, so liegen sie teils direkt subepidermoidal, teils im mittleren Teil der Kutis, nicht tiefer. Die Form der

Digitized by Google

Zellen ist in den kompakten Nestern mehr polygonal, in den Zysten mehr abgeplattet. In den Zysten sieht man zum Teil nicht einfach gleichförmigen Detritus, sondern Übergänge, wahrscheinlich zu jenen beschriebenen Zellnestern, insofern deutlich im Detritus Zellformen, Kerne zu erkennen sind. In manchen Präparaten sieht man, daß der Inhalt der Zysten etwas von der Wand zurückgezogen ist.

Die Kutis, in der die Zysten und Zellstränge gelegen sind, ist ziemlich zellreich, worauf schon KROMAYER[1]) hinweist, und zwar häufig deutlich in der Umgebung der Geschwülstchen. Meistens haben diese Zellen die Spindelform der Bindegewebszellen verloren und weisen große bläschenförmige Kerne auf. Es ist auffallend, wie scharf die gesunden Teile der Kutis oft gegen die von den erwähnten Veränderungen eingenommenen, abgegrenzt sind. Ferner hatte ich den Eindruck, daß manche Stellen, die klinisch als absolut einwandfrei im Sinne eines Syringozystadenoma imponierten, doch mikroskopisch verhältnismäßig wenig darboten. An einem Zystenpräparat zeigten die Wandzellen ausgesprochenen Vakuolencharakter. An manchen Zysten erscheint das Bindegewebe um die Zellnester herum ziemlich konzentrisch geschichtet, obwohl man wohl von einer eigentlichen Membrana limitans nicht reden kann. Endlich wäre ein ziemlich starker Pigmentgehalt mancher Präparate im Stratum malpighi zu erwähnen; diese Pigmentierung gestaltet sich aber ziemlich unregelmäßig und ist keineswegs auf die Teile beschränkt, unter denen die histopathologischen Veränderungen der Syringozystadenoma zu erkennen sind.

Was die Blutgefäße anlangt, so habe ich die Veränderung, die JARISCH[2]), WOLTERS[3]) und ELSCHNIG[4]) beschrieben haben, und die in hochgradigen Veränderungen der Blutgefäße, speziell der Kapillaren bestehen sollen, im allgemeinen nicht finden können.

In einem Fall sah ich einen Bluterguß in die Kutis, ziemlich dicht unter der Epidermis, und um denselben herum eine dichte entzündliche Infiltration. In einem zweiten Falle zog eine im Sinne von WOLTERS[3]) veränderte, in ihren Wandelementen verdickte und erweiterte Kapillare zu einem großen Entzündungsherd, der zwischen zwei Zellnestern des Syringozystadenoma eingebettet war.

Pathogenese: Was die Deutung der Affektion anlangt, so haben bekanntlich JAQUET und DARIER[5]) das Syringozystadenom mit den Schweißdrüsen zusammengebracht, obwohl ihnen der histologische Nachweis nicht möglich war. Auch BLASCHKO[6]) hat sich diesen Argumenten

[1]) KROMAYER, Zwei Fälle von Endothelioma tuberosum colloides usw. Virchows Archiv, Bd. 139. — [2]) JARISCH, Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. Archiv 1894, Bd. 29. — [3]) WOLTERS, Haemangioendothelioma und Haemangiosarcoma cutis tub. multiplex. Archiv 1900, Bd. 53; Epithelioma adenoides cysticum. Archiv 1901, Bd. 66; Naevi syringoadenomatosi. Archiv 1904, Bd. 70. — [4]) ELSCHNIG, Haemangioendothelioma tuberosum multiplex. W. m. Presse 1896. — [5]) JAQUET und DARIER, Hydradénomes éruptifs Annales 1887. — [6]) BLASCHKO, Syringo-Cystadenoma. Demonstriert in der Berliner dermatologischen Vereinigung. Sitzung v. 5. Juli 1898, Ref.: Monatshefte 1898, Bd. 27, S. 175.

Digitized by Google

angeschlossen; er schloß aus seinen Präparaten, daß „sich von den Schweißdrüsenausführungsgängen ein solider Strang abzweigt, der sich eventuell ramifiziert und in eine Zyste übergeht".

Auch Neumann [1]) ist der Ansicht, daß die Zysten und Zellstränge zu den Schweißdrüsen, resp. deren Ausführungsgängen in irgendwelcher Beziehung stehen.

Endlich konnte auch Winkler [2]) in fünf Fällen neuerdings einen Zusammenhang mit den Schweißdrüsenausführungsgängen feststellen.

Dieser Auffassung des Syringozystadenoms als einer Affektion der Schweißdrüsen gegenüber vertritt Wolters (s. S. 364, Fußnote [3]) sehr energisch seine Ansicht, daß es sich um ein Hämangoendothelioma handele. Wolters konnte in einem Falle den Ausgang der Tumoren von der Adventitia nachweisen.

In diesem Sinne sprechen sich auch Jarisch (s. S. 364, Fußnote [2]) aus, der die Zellennester und Zysten auf Wucherungen der Gefäßendothelien zurückführt, und Kromayer (s. S. 364, Fußnote [1]) der die Bindegewebszellen der Kutis als Ursprung annimmt.

Wolters (s. S. 364, Fußnote [3]) stellt für Auffassung des Syringozystadenoms als Schweißdrüsenaffektion drei Bedingungen: 1. die Elemente des Syringozystadenoms müssen den Typ der Schweißdrüsen aufweisen, 2. sie müssen an Stellen auftreten, wo normalerweise Schweißdrüsen gefunden werden, 3. das Syringozystadenom muß kongenital auftreten.

Wenn ich mich auch bezüglich des letzten Punktes Wolters nicht anschließen möchte, so kann ich doch auch meinerseits feststellen, daß ich in meinen Präparaten einen Zusammenhang mit Schweißdrüsen nicht nachweisen konnte.

Auf der anderen Seite scheint mir nach einem Befunde, den ich in meinen Präparaten machen konnte, die von Gassmann [3]) geäußerte Ansicht, daß es sich bei dem Syringozystadenom um ein gutartiges Epithelioma handele, weil er Beziehung zwischen Tumoren und Deckepithel fand, viel Wahrscheinlichkeit für sich zu haben. Auch ich konnte deutlich in einem Präparate sehen, daß eine Zyste innerhalb des Epithels gelegen war, so daß man sehr wohl annehmen darf, daß derartige Epidermiszapfen, resp. Nester auch in die tieferen Teile der Kutis eindringen und hier zystisch degenerieren können.

Ich würde demnach für die Gassmannsche Auffassung sehr wohl

[1]) Neumann, Das Syringozystom. Archiv 1902, Bd. 62. — [2]) Winkler, Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut. Archiv 1903, Bd. 67. — [3]) Gassmann, Fünf Fälle von Naevi cystepitheliomatosi disseminati. Archiv 1901, Bd. 58 und 1902, Bd. 63.

Digitized by Google

eintreten können. Auch TÖRÖK[1]) neigt jetzt offenbar zu dieser Auffassung. Er glaubt, daß in dem Syringozystadenom ein in zystische Entartung übergehendes gutartiges Epitheliom vorliege. Das Adenom oder Zystadenom will er vor allem deswegen fallen lassen, weil bei den Zellsträngen und Nestern kein Lumen, auch keine bindegewebige Membrana limitans nachweisbar sei.

Was die Beurteilung unseres Falles anbelangt, so erscheint einmal die Tatsache interessant, daß die Affektion erst im vierten Jahrzehnt beobachtet wurde: Im allgemeinen wurde das Auftreten des Syringozystadenoms früher festgestellt. Ferner ist noch der Umstand bemerkenswert, daß das Syringozystadenoma nach den Angaben des Kranken seit geraumer Zeit keine weiteren Fortschritte gemacht hat, daß man also wohl annehmen kann, es sei stationär geworden: Es stimmt dieses Stationärwerden der Tumoren mit den bisherigen Erfahrungen der Autoren überein. Klinisch bietet der Fall keine Besonderheiten, sondern entspricht dem Bilde, das man allgemein von dem Syringozystadenoma hat. Mikroskopisch darf vor allem die Tatsache hervorgehoben werden, daß eine gewisse Bestätigung der GASSMANNschen Ansicht erbracht wurde, daß das Syringozystadenom vielleicht vom Deckepithel ausgeht, und es sich demnach um ein gutartiges Epitheliom handeln könne.

Sophus Engelsted †.

Wohl wegen der Kriegswirren ist die Kunde von ENGELSTEDS Hinscheiden erst auf dem Umwege über Amerika zu uns gelangt und „wie aus der Ferne längst vergangener Zeiten" mutet sie uns an. Namentlich die jüngere Generation, welche ihre Literaturstudien und Zitate selten über die 80er Jahre zurück auszudehnen pflegt, dürfte den am 25. Oktober 1914 im Patriarchenalter von 91 Jahren dahingegangenen Nestor der Syphilidologie längst, längst tot geglaubt haben! Begreiflicherweise hat ENGELSTED in den letzten Jahrzehnten literarisch nichts mehr geleistet und ist selbst auf dem denkwürdigen Kopenhagener Kongresse von 1884 einem HASLUND und RUDOLF BERGH gegenüber nicht mehr viel hervorgetreten. Auf der Höhe seines Lebens war er übrigens mehr ein Mann der Organisation als der Feder und besonders hygienischen und praktisch-epidemiologischen Fragen im weitesten Sinne des Wortes zugewandt.

KARL SOPHUS MARIUS NEERGAARD ENGELSTED wurde in Kopenhagen am 8. März 1823 geboren, studierte an der Hochschule seiner Vaterstadt, machte dortselbst das Staatsexamen 1847 und wurde 1854 zum Doktor promoviert. Dann wurde er Reservemedikus am Almindelig-Hospital, fungierte während der mörderischen Epidemie des

[1]) TÖRÖK, Das Syringozystadenoma. Monatshefte 1889, Bd. 8; Das Syringom. MRAČEK, Handbuch der Hautkrankheiten, 1901.

Digitized by Google

Jahres 1853 als Choleraarzt mit einer einzig dastehenden Umsicht und Energie am genannten Krankenhause und in der damit verbundenen Armenanstalt. Sein weiteres nachhaltiges Interesse galt dem Studium und der Bekämpfung der Tuberkulose, worüber er bereits 1853 „Om Phthisis" und 1854 „Om Tuberculosens Helbredelighed" als Dissertation veröffentlicht hatte. Namentlich erkannte er als einer der ersten die engen Beziehungen der Skrofulose und Tuberkulose, drang auf den Frühbeginn der Behandlung schon im Kindesalter, und seiner Tatkraft ist die dann erfolgte Errichtung eines Küstenspitales für skrofulöse Kinder in Refsnäs (Seeland) zu verdanken. Später hat er seit 1869 als Mitglied des Königlichen Gesundheitskollegiums Gelegenheit gehabt, an allen hygienischen Fortschritten seines Vaterlandes in der vordersten Reihe mitzuwirken wie an der Reform der Seuchengesetze und der Krankenpflege in den Hospitälern, für das Rote Kreuz und nicht zuletzt an der in Dänemark so hoch entwickelten Prostitutionsgesetzgebung und Aktion gegen die Geschlechtskrankheiten, worüber er 1876 am Kongresse in Philadelphia und selbst noch 1896 („Samfundets Beskyttelse mod Prostitution og veneriske Sygdomme") sich verbreitet hat.

In unserer engeren Fachdisziplin betätigte er sich seit 1856 als erster Assistenzarzt der kurz vorher durch die energischen Bemühungen von Morten Mortensen Hassing errichteten neuen Spezialabteilung für Syphilis und Hautkrankheiten im Almindelig-Hospital. Als sein literarisch wenig hervortretender, aber um die Förderung der syphilidologischen Studien in Dänemark hochverdienter Chef, welcher auch Begründer der „Hospitals Tidende" war, wegen eines unheilbaren Leidens zurücktreten mußte, wurde Engelsted 1862 sein Nachfolger. Seine hauptsächliche klinische und Lehrtätigkeit vollzog sich aber nach der ein Jahr darauf erfolgten Übersiedlung seiner Abteilung nach dem neuen Kommune-Hospital. Die dort von ihm herausgegebenen Jahresberichte (Kommune Hospitalets fjerde Afdeling 1866—1879) sind eine Fundgrube für die venereologische Statistik und blieben es auch unter seinen Nachfolgern. Er hatte ferner 1872 die Universitätsdozentur erlangt und hat in dieser Eigenschaft viele Studenten- und Ärztegenerationen seines Vaterlandes in unsere Fachdisziplin eingeführt — ja, er kann mit vollem Rechte als der Begründer der wissenschaftlichen Dermatosyphilidologie in Dänemark bezeichnet werden. Insbesondere seine beiden Lehrbücher „Om veneriske Sygdomme" (1877) und „Om Hudens Sygdomme" (1879) waren viele Jahre lang im allgemeinen Gebrauche und haben dem ärztlichen Nachwuchse die Lehren der zeitgenössischen Fachwissenschaft in lauterster Weise übermittelt. Sein Rücktritt erfolgte 1882.

Von seinen Spezialarbeiten ist in erster Linie zu erwähnen „Über die syphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems" (Ugeskrift for Laeger 1857), welche auch Friedr. J. Behrend in seine „Syphilidologie" (Erlangen 1860) aufgenommen hat. In der Lehre von der Gehirnsyphilis hatte lange Zeit fast völlige Stagnation geherrscht, da man auch hier auf die gewaltige Autorität John Hunters hin syphilitische Hirnaffektionen zwar nicht geradezu leugnete, aber im Sinne von Falloppio und Botallo mit Exostosen am Schädel erklärte. Belehrend wirkte da als eine der ersten die Arbeit Engelsteds, in welcher er über 12 Autopsien berichtete und Exostosen ausschließen konnte. Auch wies er darauf hin, daß in Fällen dieser Art sonstige Syphiliserscheinungen nicht vorhanden sein müssen.

Ein Zeichen des unvoreingenommenen und lediglich auf die sichere klinische Beobachtung gestützten Denkens sind Engelsteds Ansichten über die Vererbung der Syphilis. In einer Arbeit von 1876 spricht er sich in überzeugter und überzeugender Weise gegen die paterne Infektion und für die Annahme einer latenten Syphilis bei der Mutter aus. Die gleiche Arbeit verbreitet sich auch des genaueren über die

Digitized by Google

Symptome der hereditären Syphilis und eine weitere („Praktiske Bemaerkninger om syfilitiske Jordemodre" 1887) über syphilitisch-infizierte Hebammen. Erwähnenswert ist ferner ein recht gut begründeter Fall von Reinfectio syphilitica (1868).

Auf dermatologischem Gebiete ist seine wichtigste Leistung die Arbeit über lymphatische Neubildungen der Haut („Om lymfatiske Vydannelser i Huden", Nord. med. Arkiv 1875), weil sie zeitlich eine der allerersten Beobachtungen dieser Art darstellt. J. H. Rille.

Alfred Fournier †.

Die Nachricht vom Tode unseres großen Meisters erfüllt uns mit der tiefsten Bewegung, einer Bewegung, die sicherlich von allen Lesern dieser Blätter geteilt werden wird.

Wohl war es uns nicht unbekannt, daß der teure Mann leider schon seit langer Zeit infolge eines ernsten Leidens an seine Stube gefesselt sei; immerhin wußten wir ihn aber noch unter uns. Mit A. Fournier geht der unvergleichliche Meister der Syphilidologie, in des Wortes universeller Bedeutung, und der Begründer des dermatosyphilidologischen Unterrichtes in Frankreich dahin. Es ist allgemein bekannt, daß bei seiner Lehrtätigkeit die Syphilis im Vordergrunde stand, so wie er sie auch in seinen zahlreichen Werken auf das eingehendste abgehandelt hat, ohne irgend eine Seite dieses unerschöpflichen Themas zu vernachlässigen. Zu einer Zeit, wo fast alle Dermatologen in allen Ländern die Syphilis und die Hautkrankheiten gleichmäßig lehrten, hat er, indem er die dermatologische Seite hintansetzte und sich ganz der Syphiligraphie hingab, mehr als irgend ein anderer Kliniker alle die vielfältigen aus syphilitischer Infektion entspringenden Krankheitsprozesse, beobachten können.

Im Jahre 1832 zu Paris geboren, studierte er an der dortigen Universität und wurde früh, während seines Internats der Lieblingsschüler des großen Ricord und redigierte als solcher 1858 dessen „Leçons sur le Chancre". Die medizinische Doktorwürde erwarb Fournier 1860 mit seiner These „La contagion syphilitique"; dies beweist, daß er von allem Anfange an dieses Spezialfach ergreifen wollte. Nachdem er auf hervorragende Preisarbeiten hin Professeur agrégé und Médecin des hôpitaux geworden war, wurde er seit 1868 leitender Arzt des Hôpital de Lourcine für syphilitische und venerisch kranke Frauen. Dort habe ich das Glück gehabt, ihn zum erstenmal im Jahre 1870 zu sehen, und seinen meisterhaften Unterricht über die Syphilis hauptsächlich bei Frauen genießen zu können, als ich als Interne im Dienste dieses Krankenhauses stand.

Seit 1868 also hatte er sich endgültig dem Studium der venerischen Krankheiten gewidmet und beschäftigte sich mithin durch über 40 Jahre ausschließlich mit Syphilis. Seine Vorlesungen, die von der scharfsinnigsten Gelehrsamkeit und Beobachtung zeugen, hat er zum größten Teile in Buchform veröffentlicht.

Man spricht häufig von Statistiken, und mit vollem Recht sagt man, sie taugten soviel wie ihr Autor. Was dies betrifft können die Statistiken Fourniers in allen Fragen der Syphiligraphie als Grundlage dienen. Im Hospital wie in der Sprechstunde machte er sich — natürlich in knapper Form — die geeigneten Notizen über jedweden von ihm beobachteten Krankheitsfall.

Digitized by Google

Nach Beendigung der Visite verließ Fournier nicht wie viele andere Chefärzte das Krankenhaus, sondern betrat mit den Assistenten das Dienstzimmer, um die gemachten Beobachtungen erst recht zu vervollständigen; dasselbe tat er, wie erwähnt, bei sich zu Hause. Auch in meinen eigenen Vorlesungen bediene ich mich mit Vorliebe der Fournierschen Statistiken. Als er 1880 auf den für ihn am Hôpital Saint Louis errichteten Lehrstuhl berufen worden war, befolgte er dieselbe Methode. Zu seinen Vorlesungen mußte man sich beeilen, einen Platz zu bekommen, so groß war die Zahl seiner Zuhörer.

Seit den 80er Jahren bekam Fournier oft den Vorwurf zu hören, daß er geneigt sei, überall Syphilis zu sehen; er bewies jedoch immer wieder, daß das syphilitische Virus tatsächlich alle menschlichen Körperteile und Gewebe befallen könne, und wies nachdrücklich darauf hin, daß von allen Organen das Nervensystem ganz besonders davon angegriffen werde. Er sagte: „Le principe de la syphilis constitue un poison, mais surtout un poison du système nerveux" (1889). Ungefähr zu dieser Zeit erschienen seine Arbeiten über die tertiäre Syphilis, über den Tertiarismus praecox, den tertiären Phagedänismus, die tertiärsyphilitische Glossitis, die Syphilis des Nasenrachenraums, der Lunge und des Rektums. Er hatte als Erster schon 1866 den blennorrhoischen Rheumatismus richtig verstanden. Seine erste Arbeit über die Tabes syphilitischer Herkunft datiert vom Jahre 1882; bald darauf veröffentlicht er andere Arbeiten über Tabes hereditär-syphilitischer Natur, dann eine Schrift über die präataktische Periode der Tabes (1885); seine Ideen wurden von der Mehrzahl der Neurologen angenommen, wenn auch einzelne die syphilitische Herkunft der Krankheit leugneten.

Der Standpunkt Fourniers in seinen Schriften und vor der Académie de Médecine in der Frage der Herkunft der allgemeinen Paralyse und der Beziehungen dieser zur Tabes, fand viele Gegner. Aber unsere Tage haben Fournier Genugtuung verschafft: die Auffindung der Spirochaeta pallida durch Noguchi im Gehirne von Paralytikern, wie auch die gleiche Entdeckung bei der Tabes, haben gezeigt, daß Fournier auf Grund der klinischen Beobachtung die Ursache dieser Krankheit richtig erkannt hat.

Durch die gesetzliche Altersgrenze seines Amtes entbunden, hat Fournier niemals aufgehört, für das Wohl der Menschheit zu arbeiten. Er hat 1901 in Paris die Société de Prophylaxie Sanitaire et Morale gegründet, aus der eine reiche Zahl von Arbeiten hervorgegangen ist, die zur Aufklärung und Prophylaxe des Volkes das ihrige tun werden.

Unser lieber Meister ist von dieser Erde geschieden, um in himmlischen Gefilden den verdienten Frieden zu genießen; sein Platz dort müßte einer der schönsten sein, denn sein Leben auf dieser Erde war der fruchtbarsten eines für unsere Wissenschaft wie für die Menschheit. Uns bleibt sein großes Werk, auf daß wir daraus Nutzen ziehen!

M. Petrini de Galatz-Bukarest.

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. phil. Wengler-Leipzig.)

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1914, Heft 6.

1. Die neuesten Untersuchungen über die syphilitische Natur alltäglicher Krankheiten, von Giovanni Franceschini. In längerer Auseinandersetzung weist Verfasser darauf hin, daß mit Hilfe der modernen Untersuchungsmethoden, namentlich

Digitized by Google

der Wassermannschen Reaktion, eine große Zahl von häufig vorkommenden Krankheiten als syphilitisch erkannt wurde, während man sie früher für skrofulös oder dergleichen hielt und nicht entfernt an eine syphilitische Ätiologie dachte.

2. Über das akute exsudative Ödem, von Leonardo Martinotti. Verfasser hat 1912 auf dem italienischen Dermatologenkongreß einen hierher gehörigen Fall demonstriert und jetzt Gelegenheit gehabt, einen zweiten Fall zu beobachten, der mit jenem die auffallendste Ähnlichkeit hatte, so daß Verfasser beide für analog und für eine klinisch scharf umschriebene eigene Krankheitsform hält. Die Prodromalerscheinungen sind kurz und geringfügig, beschränken sich auf leichtes Kratzen im Halse. Dann beginnen plötzlich die ersten Erscheinungen: das Gesicht schwillt an, ohne daß die subjektiven Phänomene stärker werden. Die Schwellung nimmt, namentlich um die Augen, zu, am Genitale tritt mäßiges Jucken auf, dem bald das Ödem folgt. Die geschwollene Haut wird dann rötlich, es bilden sich zuerst Knötchen, dann Bläschen und Pusteln von Punktgröße. Alle diese Erscheinungen bilden sich in kürzester Zeit aus, innerhalb eines Tages ist die Krankheit voll entwickelt. Zu dieser Zeit ist das Gesicht geschwollen, ödematös, zur Unkenntlichkeit entstellt, das Skrotum ist ödematös, mit Pustelchen bedeckt. Die Krankheit ist deutlich symmetrisch. Die subjektiven Erscheinungen sind in Diskrepanz mit den kolossalen objektiven und beschränken sich auf etwas Juckgefühl. Die Krankheit verläuft ohne Fieber, ohne Drüsenschwellung, ohne Affektion der inneren Organe; lediglich ein leichter Nasen- und Lidkatarrh war zu konstatieren. Die Affektion bleibt 16—34 Stunden auf ihrem Höhepunkt, dann beginnt die Resolution, die 6—8 Tage dauert. Die Pusteln vertrocknen zu Krusten, die Rötung nimmt ab, das Ödem schwindet und zieht sich mehr gegen die hinteren Gesichtspartien, so daß es den Eindruck einer Parotitis erweckt. Es bleibt bloß leichte Schuppung zurück. Die Therapie beschränkt sich auf Umschläge. In den Pusteln fand Verfasser Bazillen vom Typus Friedländer-Fritsch, eosinophile und Mastzellen. Bemerkenswert ist, daß beide Kranke Soldaten waren und mit Maultieren zu tun hatten.

3. Beziehungen der Psoriasis zu der Dermatitis desquamativa maligna und septischen Agentien, von Antonino Zappalà. Verfasser beschreibt zwei Fälle von Psoriasis, an die sich eine desquamierende Dermatitis anschloß. Er konnte aus Epidermisstückchen den Staphylococcus pyogenes aureus züchten. Die subkutane Übertragung einer Bouillonkultur erzeugte beim Meerschweinchen Nekrose, die intraperitoneale Impfung Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Abdomens. Diese Versuche sprechen erneut für die Anschauung, daß die maligne desquamative Dermatitis im Anschluß an eine Psoriasis das Resultat einer septischen Komplikation ist. Wird diese geheilt, so nimmt die Psoriasis wieder ihren normalen harmlosen Charakter an.

4. Über einen Fall von Hautsporotrichose, von Giorgio Segrè. Bei dem 63jährigen Patienten war auf der dorsalen Seite des Handgelenks ein kleiner indolenter „Furunkel" aufgetreten, der nur wenig Eiter entleerte. Um ihn herum bildeten sich mehrere gleiche Knötchen; die Affektion wurde vergeblich auf verschiedene Weise behandelt. Bei der Aufnahme fand sich dorsal am Handgelenk ein truthenneneigroßer Herd, der im Zentrum atrophisch-narbig war, während an der Peripherie proximal und distal je ein uneben höckeriger Herd war, der an der Basis mehrere Löcher aufwies, aus dem sich auf Druck gelblicher Eiter entleerte. Diese Herde waren mäßig infiltriert, auf der Unterlage verschieblich. Um die ganze Läsion zog sich ein breiter dunkelroter Saum. Aus dem Eiter wurde Sporotrichon Beurmanni gezüchtet. Jodkalium brachte völlige Heilung.

5. Die Trichophytonpilze in der Provinz Sassari, von Vittorio Barbaglia. In dieser Provinz kommt am häufigsten das Trichophyton violaceum mit seinem Be-

Digitized by Google

gleiter dem Tr. glabrum vor; sie zeigen verschiedene Lokalisationen, kommen aber am häufigsten auf der behaarten Kopfhaut vor, wo sie meist erythemato-squamöse Läsionen hervorrufen. Der nächsthäufige Pilz ist das Tr. cerebriforme, das auch meist auf dem Kopfe vorkommt, aber mehr tiefe, entzündliche Prozesse macht. Es folgen dann Tr. acuminatum und Tr. rosaceum; beide bilden erythemato-squamöse Läsionen, das eine auf der Kopfhaut, das andere im Barte. Verfasser hat aus seinen Untersuchungen nicht die Überzeugung gewonnen, daß jeder Trichophytonspezies ein eigenes klinisches Bild entspricht; es können im einzelnen Falle die Charakteristika der Familie oder die der Spezies überwiegen und so das klinische Bild modifizieren.

6. Behandlung des Pruritus vulvae mit Radium, von Carlo Vignolo-Lutati. Bericht über zwei Fälle von hartnäckigem Pruritus vulvae, die jeder Behandlung trotzten und bei denen es durch das Kratzen zu beträchtlichen sekundären Veränderungen gekommen war. Die Kranken wurden in zwei Serien zu 3—4 Sitzungen durch je 2 bis 3 Minuten mit Radium bestrahlt; beide wurden völlig geheilt. Zuerst schwand das Jucken, dann die sekundären Reaktionserscheinungen. Diese Erscheinung spricht für Verfasser dafür, daß der Pruritus vulvae auf einem neuritischen Prozeß beruht, der zuerst zur Abheilung gebracht wird. R. Frühwald-Leipzig.

Actas dermo-sifiliograficas.

Bd. 6, Nr. 2, Dezember 1913 bis Januar 1914.

1. Aurum-Kalium cyanatum in der Dermatologie, von José S. Covisa. Verfasser hat mehrere Fälle von Lupus vulgaris mit Aurum-Kalium cyanatum behandelt. Er gab 2—3 Serien zu 10—12 Injektionen a 0,01—0,04. Es wurde zwar eine beträchtliche Regression und Abnahme der Infiltration erzielt, doch wurde das Leiden nicht geheilt. Diese Methode kann also die bisherigen nicht verdrängen, höchstens ergänzen. Dagegen erhielt Verfasser ausgezeichnete Resultate bei Lupus erythematosus, den er auf dieselbe Weise behandelte. In der Mitte und gegen das Ende der ersten Serie wurde der erhabene Rand des Herdes flacher; dieser selbst blaßte allmählich ab, die Grenzen wurden unscharf, und schließlich ging er in der normalen Umgebung auf. Verfasser hält das Mittel für eines der besten, das wir gegen Lupus erythematosus haben. Bezüglich der Technik ist hervorzuheben, daß Verfasser nicht konzentrierte, sondern diluierte Lösungen einspritzt, da erstere eher Unannehmlichkeiten bereiten.

2. Behandlung des Lupus erythematosus mit Aurum-Kalium cyanatum, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die Arbeit ist zu kurzem Referate nicht geeignet. Verfasser hat sehr gute Resultate mit dem genannten Mittel gehabt, wendet es aber nicht allein an, sondern, um die Heilung zu beschleunigen, in Kombination mit anderen Methoden.

3. Behandlung des Lupus tuberculosus, Lupus erythematosus und der Syphilis mit Aurum-Kalium cyanatum, von Juan de Azúa. Verfasser wendet konzentrierte Lösungen an, da sie, tadellose Injektionstechnik vorausgesetzt, keinerlei Beschwerden machen. Als Einzeldosis wählt er bei Erwachsenen 0,03—0,05, bei Kindern unter 10 Jahren 0,005—0,03. Werden die Einspritzungen gut vertragen, können sie alle 3—4 Tage wiederholt werden, andernfalls müssen die Intervalle vergrößert oder die Therapie abgebrochen werden. Tritt Blässe, allgemeine Schwäche ein, müssen die Einspritzungen sistiert werden, auch wenn keine alarmierenden Symptome auftreten. Nach der Injektion tritt Fieber, Kopfschmerzen, seltener Erbrechen und Durchfälle ein. Das erstere hielt Verfasser für bedingt durch Zerfall der lupösen Herde; die übrigen Phänomene hält er teils für Zyanwirkung, teils für Bazillentoxinwirkung. Aurum-Kalium

Digitized by Google

cyanatum ruft häufig eine intensive Lokalreaktion hervor, sowohl an Lupusherden wie an anderen tuberkulösen Herden (Hämoptyse). Bei Lupus vulgaris bewirkte das Mittel Besserung, aber nicht Heilung. Bei Lupus erythematosus zeigte sich teilweise ein glänzender Heilefekt, teilweise wurde nur Besserung, in einzelnen Fällen kein Erfolg erzielt. Es zeigte sich, daß das Mittel in allen Fällen die Infiltration der Herde vermindert; deshalb sind Fälle von papillomatösem Lupus vulgaris und von kongestivem und akutem Lupus erythematosus für diese Medikation geeignet. Namentlich die letzteren bilden das Hauptanwendungsgebiet für Aurum-Kalium cyanatum. Bei Syphilis wurde kein nennenswerter Effekt erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Revue clinique d'Urologie.

Mai 1914.

1. Die Formen der chronischen Nierentuberkulose, von Noel Hallé. Eine eingehende Besprechung der Nierentuberkulose, die zu kurzem Referate nicht geeignet ist. Die wichtigsten Punkte wären kurz folgende: Man kann zwei Formen der Nierentuberkulose unterscheiden: die eine befällt zuerst das Parenchym und ist geschlossen; sie entsteht auf hämatogenem Wege, es bilden sich zunächst kleine Tuberkel, dann Knötchen, Knoten und Kavernen. Die andere Form befällt zunächst das Nierenbecken und ist offen; sie entsteht auf lymphogenem Wege. Diese beiden Formen können sich in verschiedenster Weise miteinander kombinieren oder sich folgen, so daß mannigfache anatomische Bilder entstehen. Die sekundären tuberkulösen Symptome entstehen auf dem Wege der perivaskulären Lymphgefäße. Diesen beiden anatomischen Formen entsprechen auch differente klinische Bilder. Die erste Form, die parenchymatöse Tuberkulose, ist eine mehr abortive Form; die Symptome von Seite der Niere und des Urins sind so geringfügig, daß sie die Diagnose eher erschweren. Deshalb bleibt sie meist latent und unerkannt. Die Tuberkulose des Nierenbeckens dagegen, sei sie primär oder sekundär, ist offen und an ihren Symptomen von Anfang an leicht zu erkennen. Die erste Form kann spontan heilen, die zweite ist gar nicht oder nur wenig der Therapie zugänglich.

2. Syphilitischer Schanker der Harnröhre und Blennorrhagie, von J. Brault und J. Montpellier. Der 25jährige Patient kam mit einem gonokokkenhaltigen Harnröhrenausfluß zur Behandlung. Einige Tage später erschienen in der Kranzfurche und auf der Penishaut venerische Geschwüre mit Ducreyschen Bazillen. Die Leistendrüsen waren geschwollen, es bestand Periadenitis. Etwa acht Wochen nach der Aufnahme wurden in einem aus der Harnröhre ausgedrückten Tropfen blutigen Eiters zahlreiche Spirochäten nach der Methode von Tribondeau nachgewiesen. Einleitung der Quecksilberbehandlung. Eine Woche später erschien am Meatus eine leichte Ulzeration; nur zu dieser Zeit wies das Ende der Harnröhre ein wenig Induration auf. Der Kranke entzog sich der weiteren Beobachtung.

3. Die Rolle der Reservekraft der Niere nach der Nephrektomie, von N. A. Mikhaïlow. Eine eingehende Funktionsprüfung der Niere, die zurückbleiben soll, kann uns schon vor der Nephrektomie wichtige Aufschlüsse über deren Funktionstüchtigkeit und Reservekraft geben. Wir können daher schon, bevor wir die Operation vorschlagen, ungefähr wissen, wie die Niere den gesteigerten Anforderungen nachkommen wird. und werden auf diese Weise riskierte Operationen vermeiden.

4. Wichtigkeit von Pankreaserkrankungen in der Chirurgie der Harnwege, von Ernst Frank-Berlin. Verfasser berichtet über einen Fall von tödlich verlaufener

Digitized by Google

Prostatektomie, bei dem die Sektion hochgradige Veränderungen des Pankreas ergab. Man fand einen faustgroßen Tumor; auf der Schnittfläche war die Zeichnung verwischt von zahlreichen hämorrhagischen, nekrotischen und fettigen degenerierten Herden durchsetzt. Ein anderer Patient zeigte nach der Prostatektomie einen akuten, schweren Diabetes. Verfasser kann sich über einen eventuellen Zusammenhang zwischen Prostata- und Pankreasaffektion auf Grund dieser Fälle noch nicht äußern.

5. Einige Fälle blennorrhagischer Komplikationen, erfolgreich mit Meningokokkenserum behandelt, von M. Cealic. Von den vier mit Meningokokkenserum behandelten Patienten litt einer an metastatischer Konjunktivitis, Arthritis und Myositis, der zweite an Ischias, der dritte an Arthritis, der vierte an Epididymitis mit schweren Allgemeinerscheinungen. Alle wurden durch wenige Injektionen geheilt.

6. Blasen-Prostata-Perinealfistel mit doppeltem Ureterenkatheterismus zwecks Urinderivation behandelt, von P. Cifuentes. Der 15jährige Patient war im Alter von fünf Jahren wegen eines Steines auf perinealem Wege operiert worden; seit dieser Zeit war eine Fistel verblieben. Verfasser exzidierte die Narbe, vernähte und legte eine Dauersonde ein. Nach deren Entfernung kam der Urin aber wieder aus der Fistel. Verfasser schob die Schuld an diesem Mißerfolge auf die mangelhafte Urinderivation. Deshalb führte er bei der neuerlichen Operation auf beiden Seiten einen dicken Ureterenkatheter ein, die neun Tage liegen blieben. Auf diese Weise wurde die Fistel zum völligen Verschluß gebracht.

7. Sexuelle Störungen psychischer Natur, von A. Wizel. [Bespricht die neurasthenische Impotenz. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Behandlung kosmetischer Hautleiden (Schönheitsfehler), von S. Jessner-Königsberg i. Pr. Dritte Auflage. Mit 11 Abbildungen im Text. (Würzburg 1914, Curt Kabitzsch.) Die Jessnerschen Dermatologischen Vorträge sind hinreichend bekannt und bedürfen kaum noch einer Besprechung. Das vorliegende Heft ist, wie es ja auch beabsichtigt ist, in erster Linie für den Praktiker berechnet, dem es eine leichte und schnelle Orientierung gestattet. Es ist kaum erforderlich, zu erwähnen, daß die neue Auflage die Fortschritte der letzten Jahre berücksichtigt. H. Fendt-Wiesbaden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Einige Resultate von Röntgenbehandlung, mit einigen Bemerkungen über Radium und Röntgen, von S. Nordentoft-Aarhus. (Ugeskrift f. Laeger, 1914, Nr. 36.) Auf seinen Erfahrungen fußend, meint Verfasser sich berechtigt zu behaupten: 1. daß die Röntgenbehandlung sozusagen auf allen Feldern der Radiumbehandlung jedenfalls ebenbürtig ist, nach seiner Meinung auch überlegen; 2. daß die Röntgenbehandlung des Hautkrebses auch bei operablen Fällen der operativen Behandlung ebenbürtig, ja überlegen ist und er meint, daß die Röntgenbehandlung die Normalmethode sein müsse und die operative verdrängen werde, sowohl weil sie nichts vom gesunden Gewebe opfert, sondern alles schont (auch das Stroma des Krebses), als auch weil er glaubt, sie gäbe

Digitized by Google

weniger Rezidive, und weil sie als unblutig — aus psychologischen Gründen — bewirkt, daß der Kranke früher in Behandlung kommt. W. Holland-Kristiania.

Radium- und Röntgenbehandlung beim Krebs, von Isaac Levin-New York. (M. Record, 13. Dez. 1913.) Die kurze Zusammenfassung, die keinem übertriebenen Enthusiasmus huldigt und Radium- wie Röntgenstrahlen als wertvolle Heilmittel der Krebsbehandlung betrachtet, ohne sie als Allheilmittel hinzustellen, bringt nichts Neues. W. Lehmann-Stettin.

Radium und Krebs, von Riehl-Wien. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Eingangs skizzierte Verfasser kurz die Wiener Einrichtung für Radiumtherapie. Die Radiumstation ist nicht als klinisches Institut gedacht, sondern bildet eine Zentrale für das Krankenhaus, von der aus die Abteilungen mit Emanation, Radium zur Bestrahlung usw. versorgt werden. Die Behandlung der Krankenhauspatienten geschieht ausschließlich durch die Vorstände der Kliniken, so daß den Kranken die spezialistische Behandlung gesichert bleibt. Aber auch den praktischen Ärzten ist die Möglichkeit gegeben, die Radiumtherapie ihren Patienten zugänglich zu machen, sie können Emanation und Träger zur Bestrahlung aus der Station entleihen. Für jeden Radiumträger liegen präzise Angaben vor über das Radiumsalz, den Gehalt an Radiumelement im ganzen Träger und pro Quadratzentimenter Strahlungsfläche. Hinsichtlich der Filter wird dem Platin und Aluminium gegenüber dem ursprünglich üblichen Blei der Vorzug gegeben. Bei Verwendung großer Strahlendosen mahnt Verfasser zur Vorsicht, weil bei Tieren Leukopenie bis völliger Schwund der weißen Blutkörperchen konstatiert wurde. Mit relativ geringen Mengen von Radium wurden 114 Fälle von Hautkarzinomen bestrahlt. Mit großen Dosen bisher 91 Karzinome, davon sind 17 zurzeit geheilt; in 3 Fällen wurde der größere Teil des Tumors exkochleiert und der Rest dann nachbestrahlt. 2 Karzinome wurden nur teilweise beeinflußt, 36 stehen noch derzeit in Behandlung; 2 starben. In 7 Fällen wurde eine Bestrahlung nach operativer Abtragung vorgenommen, in 14 Fällen wurden Rezidive nach der Operation wahrgenommen, bei 9 Fällen wurde die weitere Behandlung seitens der Patienten abgelehnt. In den am Schluß der Arbeit aufgestellten Leitsätzen fordert Verfasser eine einheitliche physikalische Charakterisierung der Radiumpräparate. Ferner ist zu beachten, daß das Radium vor allem lokal wirkt, eine indirekte Einwirkung auf entfernte Metastasen, karzinomatöse Lymphdrüsen usw. ist nicht nachweisbar. Bei sehr langandauernder Bestrahlung und starker Filterung tritt Nekrose ein, die Blutgefäße bleiben längere Zeit noch intakt, außerdem ist auf die Möglichkeit einer Schädigung des Allgemeinbefindens Rücksicht zu nehmen. Ungenügende Bestrahlungen, sei es bei Anwendung zu geringer Mengen von Radium oder sei es bei zu kurzer Einwirkung, können zu vermehrtem Wachstum des Krebses Anlaß geben. H. Rausch-Darmstadt.

Karzinom und Radium, von G. Riehl. (W. kl. W., 1913, Nr. 41.) Bisher sind an dem k. k. Institut für Radiumforschung 114 Fälle von Hautkarzinom mit Radium behandelt worden. Drei Fälle, die mit außerordentlich großen Bestrahlungsdosen behandelt wurden, werden kurz mitgeteilt: „Das Radium wirkt vor allem lokal; selbst bei langdauernder Bestrahlung treten die Veränderungen, die zur Rückbildung des Karzinoms führen, nur im Bereiche der Bestrahlung auf. Auch große Hautkarzinome können durch langandauernde und intensive Bestrahlung günstig beeinflußt werden. Eine rein selektive Einwirkung auf das karzinomatöse Gewebe liegt nur bei mäßiger Strahlendosis vor, bei langandauernder starker Bestrahlung leidet auch das gesunde Gewebe. Für oberflächlich liegende Karzinome, wo es nur auf die Zerstörung ankommt, hat eine starke Filterung, wie sie die Gynäkologen benutzen, nur beschränkten Wert, weil dann die Radiummenge und die Anwendungszeit bedeutend vergrößert werden müssen. Eine in-

Digitized by Google

direkte Wirkung der Radiumstrahlen auf vom Orte der Bestrahlung entfernte Metastasen, Lymphdrüsen usw. war nicht nachweisbar. Für die Tiefenbestrahlung im eigentlichen Sinne und für Behandlung mancher anderer Hautkrankheiten, also dort, wo normale Haut und andere Gewebe einer großen Schonung bedürfen, empfiehlt sich starke, vor allem aber doppelte Filterung mit Metallfiltern und Watte, Papiereinlagen usw., um die weichen Primärstrahlen und auch die sekundär vom Metallfilter ausgehende Strahlung zu eliminieren. Es empfiehlt sich, Platin- und Aluminiumfilter anzuwenden, weil diese gegenüber den gebräuchlichen Bleifiltern, welche weiche Strahlen aussenden, ungefährlicher sind. Bei sehr langandauernder Bestrahlung und starker Filterung tritt Nekrose ein, die Blutgefäße bleiben längere Zeit noch intakt. Bei langdauernder Verwendung großer Radiummengen ist auf die Möglichkeit einer Schädigung des allgemeinen Befindens Rücksicht zu nehmen. Ungenügende Bestrahlungen einerseits bei Anwendung zu kleiner Mengen Radium, andererseits bei kurzdauernder Einwirkung können zu vermehrtem Wachstum des Krebses Anlaß geben." W. Lehmann-Stettin.

Radium bei der Behandlung des Krebses, von William H. Dieffenbach-New York. (M. Record, 13. Dez. 1913.) Verfasser arbeitet bereits seit elf Jahren mit verschiedenen Radiumpräparaten und berichtet praktische Erfahrungen, die er mit einzelnen mitgeteilten Beobachtungen belegt. Seine Indikationen und vor allem seine Dosierung, über die er ausführlicher spricht, sind auf die in seinem Besitze befindlichen, näher beschriebenen Präparate zugeschnitten. W. Lehmann-Stettin.

Vorstellung Kranker mit durch Radium geheilten Tumoren, von C. Pellizzari. (Riviste di Opere, 1913.) Vier Fälle, Epitheliom der inneren Lippe, Sarkom, Lymphosarkom und Mykosis fungoides, stellte P. in der Florentiner medizinisch-physikalischen Akademie vor, die alle durch Radiumbehandlung in wenigen Sitzungen geheilt wurden, während die früher angewandte Röntgenbestrahlung keinen Erfolg ergeben hatte.
E. Rossen-Wiesbaden.

Die Anwendung von Radium bei Karzinom und Sarkom, von Robert Abbé-New York. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 1.) Verfasser resümiert seine Erfahrungen mit der Radiumbehandlung wie folgt: Eine richtig gewählte Dosis der Gammabestrahlung bewirkt Degeneration und Resorption der Zellen bösartiger Geschwülste. Es muß eine genügend große Dosis verwandt werden, um den Reizeffekt zu kleiner Dosen zu vermeiden. Vermittels Filterung werden die Alpha- und Betastrahlen ausgeschaltet und man erhält die reinen Gammastrahlen mit ihrem tiefpenetrierenden Effekt. Zur Erzielung guter Resultate ist ein gut durchgeführtes Kreuzfeuer nötig. Die Radiumwirkung ist in dem Sinne eine elektive, als normales Gewebe widerstandsfähiger ist gegenüber den Strahlen, als die Gewebe bösartiger Tumoren. H. Rausch-Darmstadt.

Bericht über den weiteren Krankheitsverlauf der mit Radium behandelten Fälle maligner Tumoren, von Sparmann. (W. kl. W., 1913, Nr. 50.) Die weiteren Beobachtungen der mit Radium behandelten Fälle an der chirurgischen Klinik in Wien, haben das ursprüngliche optimistische Urteil sehr eingeschränkt. Eine Reihe Patienten sind ad exitum gekommen, zahlreiche andere mit Rezidiven wiedergekehrt. Es hat sich gezeigt, daß die Radiumstrahlen schrankenlos die Grenzen des kranken Gewebes überschreiten, daß der Einfluß auf den Allgemeinzustand des Patienten oft ein unheilvoller ist, daß gar häufig nach anfangs günstiger Beeinflussung des Krankheitsprozesses eine weitere Besserung vermißt wird. W. Lehmann-Stettin.

Über die Erfahrungen mit Rademanit bei Karzinom, von Hugo Schueller. (W. kl. W., 1913, Nr. 41.) Daß der überwiegend größte Teil sämtlicher Strahlenwirkung des Radiums von der Emanation und ihren Zerfallsprodukten herrührt, läßt sich dadurch beweisen, daß Fälle die weder mit Radium, noch mit Mesothorium, sondern lediglich

Digitized by Google

mit einer hochwertig akkumulierten Emanation behandelt wurden, zur Heilung kamen. Das Konzentrieren der Emanation in einem kleinen Raume mit relativ geringen Verlusten läßt sich durchführen, wenn man Kohlenpulver bestimmter Zusammensetzung nimmt. Es gelingt in 10 g dieses Pulvers eine Aktivität anzusammeln, welche der von 150 g Radiumelement oder 260 g Radiumbromid entspricht, d. h. 1 g „Rademanit", wie dieses Präparat genannt worden ist, kommt 26 mg Radiumbromid gleich. Verfasser berichtet einige gute Erfolge bei Hautkarzinom und bei tiefer liegenden Karzinomen. Da das Rademanit entsprechend der Lebensdauer der Radiumemanation seine Aktivität rasch verliert und schon nach ca. vier Tagen nur etwa die Hälfte der ursprünglichen Aktivität noch besitzt, muß es frisch verwendet werden. Immerhin stellt Rademanit einen wesentlichen technischen Fortschritt dar, der hoffen läßt, daß an Stelle der teuren Radium- und Mesothoriumsalze billigere Materialien zu Behandlungszwecken künftighin zur Verfügung stehen werden. W. Lehmann-Stettin.

Die Grenzen der Radiumtherapie für den tiefliegenden Krebs nach dem heutigen Stande der Wissenschaft, von A. Bayet-Brüssel. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Die Ausführungen des Verfassers gipfeln in folgenden Leitsätzen: 1. Der Radiotherapie sind Grenzen gesetzt durch den Widerstand, welchen gewisse Tumorarten der Bestrahlung entgegensetzen, der wechselt je nach ihrem histologischen Bau, ihrem biologischen Typus, ihrer Lokalisation und der Dauer ihres Bestandes. 2. Der Radiotherapie sind Grenzen gezogen, weil sie bei tiefsitzenden Tumoren nicht wirksam genug ist. 3. Die Radiotherapie ist begrenzt, weil es unmöglich ist, die Bestrahlungsdosen unbegrenzt zu erhöhen. 4. Der Radiotherapie sind Grenzen gesetzt im Hinblick auf die übrigen Behandlungsmethoden des tiefliegenden Krebses. Verfasser ist der Ansicht, daß man alle diejenigen Fälle, bei denen ein gründlicher operativer Eingriff möglich ist, zuerst der Chirurgie überläßt, um dann die Operationswunde präventiv zu bestrahlen, um so möglichst Rezidive zu verhindern. H. Rausch-Darmstadt.

Heilung des Hautkrebses mit Salizylsäure, von Weinbrenner-Koblenz. (M. m. W., 1914, Nr. 3.) Vor etwa fünf Jahren ist Verfasser auf den Gedanken gekommen, Hautkrebse durch Aufstreuen von kristallisierter (oder auch pulverisierter) Salizylsäure zu behandeln, und neun in dieser Weise behandelte Fälle sind sämtlich mit glatter Narbenbildung geheilt worden und geblieben. Die Behandlung ist nicht ganz schmerzfrei, doch sah sich W. nur bei zwei Kranken veranlaßt, dem Salizylpulver Anästhesie (1 : 2) zuzusetzen. Den größten Umfang unter den Krebsgeschwüren hatte eine am Bauch lokalisierte Neubildung mit einer Ausdehnung von 11,5 × 9 cm. Dieser Fall brauchte acht Monate zur Heilung; sonst betrug die Durchschnittsdauer $2^1/_2$—3 Monate. Man streut die Salizylsäure ziemlich dick auf, drückt sie etwas an und bedeckt das Ganze mit einem Streifen Zinkpflastermull oder auch mit 20%igen Salizylsäurepflastermull. An der tiefstgelegenen Stelle wird noch zur Dränage ein kleiner Bausch Mull zwischen Haut und Pflaster eingelegt. Nach zwei Tagen, resp. im Stadium der Heilung nach drei Tagen, wird der Verband gewechselt, wobei der entstandene grauweiße Schorf vorsichtig abgelöst wird. Nach Abtupfen mit Borsäurelösung wird dann wieder frische Salizylsäure aufgestreut. Die Behandlung wurde in der Regel in dieser Weise bis zur vollständigen Verheilung und Narbenbildung fortgesetzt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Wirkungen des kolloidalen Kupfers, mit einer Analyse der therapeutischen Kriterien beim menschlichen Karzinom, von Richard Weil-New York. (J. Am. m. Assoc., 27. September 1913.) Das kolloidale Kupfer nach Leo Loeb wurde in Form von intravenösen Injektionen in zwölf Fällen von malignen Neubildungen angewandt; bei acht wurde die Behandlung vollständig durchgeführt. Meist wurden milde konstitutionelle Nebenwirkungen beobachtet, wie Fieber, Schüttelfrost, Übelbefinden, ge-

Digitized by Google

ringer Gewichtsverlust und gelegentlich auch Albuminurie oder Hämoglobinurie. Die chemische Analyse von zwei Tumoren ergab kein Kupfer, während dies bei einem zur Autopsie gekommenen Fall in der Leber nachgewiesen werden konnte. Eine destruktive Einwirkung auf das Tumorgewebe war in keinem Falle nachweisbar.

H. Fendt-Wiesbaden.

Experimentelle Beiträge zur Cholinwirkung, von Hans Ritter und Allmann-Hamburg. (Strahlentherap., 1914, Bd. 4, H. 1.) Die Verfasser stellten ihre Experimente an drei Frauen mit inoperablen Karzinomen an. Zwei Frauen bestrahlten sie mit unfiltrierten harten Röntgenstrahlen (Halbwertschicht 1,5 cm) und eine mit durch 1 mm Aluminium gehärteten Strahlen (Halbwertschicht 2,0 cm) und zwar in der Weise, daß die eine Seite des Abdomens bestrahlt und die Reaktion abgewartet wurde, alsdann nach fünf Wochen Enzytol (borsaures Cholin) einverleibt wurde. Hierauf wurde nun an korrespondierenden Stellen der anderen Seite des Abdomens mit denselben Röntgendosen und genau derselben Strahlenqualität bestrahlt. Dosis 10—18 X. Das Enzytol erhielten die Kranken intravenös in Mengen von 5, 8 und 10 ccm. Bei der Infusion dieses Mittels trat bei allen Frauen, außer einer, die gar nichts merkte, Flimmern vor den Augen auf, Drang und Hitze im Kopf. Zweimal ereignete sich ein richtiger Kollaps. Im Blutbilde zeigte sich Ansteigen der Leukozytenwerte mit relativ rascher Tendenz zum Sinken. Die Resultate der Untersuchungen waren folgende: was das Primärerythem anlangt, so hat sich ein Unterschied zwischen den vor und nach Einspritzung von Enzytol bestrahlten Stellen nicht nachweisen lassen. Hinsichtlich der Pigmentation stellte sich heraus, daß das Röntgenpigment vor der Enzytolinjektion abblaßte, aber nach der Injektion wieder bedeutend stärker wurde, woraus sich der Beweis ableiten läßt, daß das Enzytol die Röntgenwirkung unterstützt. Am auffallendsten sind die Resultate hinsichtlich des Erythems selber. Bei der mit 1 mm Aluminium gefilterten Strahlung trat bei 14 X die Spur eines Erythems auf, die Erythemdosis für diese Strahlenqualität liegt an der Bauchhaut bei ca. 25 X, das ist nahezu die doppelte Dosis. Es scheint also, als ob die Erythemgrenze nach Enzytolinjektionen nahezu um die Hälfte herabgesetzt würde. Hinsichtlich der Zeit bis zum Eintritt der Reaktion zeigte sich bei 16 und 18 X unfiltrierter Röntgenstrahlen, daß durch die Injektion von Enzytol die Dauer bis zum Eintritt des Erythems fast genau auf die Hälfte herabgesetzt wird. Aus den beigegebenen Tabellen ist ersichtlich, daß da wo ohne Enzytol eben die Spur eines Erythems bemerkbar ist, nach der Enzytolbehandlung bereits eine Verbrennung zweiten Grades mit Nekrosenbildung eintrat. Die markanten histologischen Befunde werden an zwei Abbildungen illustriert. Aus den Versuchen ist der Schluß zu ziehen, daß das Cholin, wie auch Werner bereits gezeigt hat, in der Tat die Röntgenstrahlung imitieren kann. Wahrscheinlich ist sogar mit der Enzytolbehandlung ein gleichmäßigerer Effekt auf den Tumor zu erreichen als durch die Strahlenbehandlung, da die tiefliegenden Schichten wohl damit besser beeinflußbar sind als mit den Strahlen. Allerdings verringert sich bei der kombinierten Therapie die Strahlenwirkung auf den Tumor deshalb auf die Hälfte, weil wir mit Rücksicht auf die Haut nur die halbe Dosis geben können. Bei allen direkt angreifbaren Tumoren, bei denen die Haut als Eingangspforte für die Strahlen nicht in Betracht kommt, vermag das Enzytol zweifellos die Strahlentherapie in hervorragender Weise zu unterstützen. H. Rausch-Darmstadt.

b. Benigne.

Das Auftreten von krebsigen Prozessen an benignen Hautgewächsen, von R. L. Sutton-Kansas City. (Am. J. m. Sc., Juni 1913.) Verfasser berichtet über zwei bemerkenswerte Fälle bei einer 51jährigen Frau und ihrer 23jährigen verheirateten

Digitized by Google

Tochter. Bei der ersteren traten im 15. Lebensjahr zahlreiche kleine Knötchen hervor, welche im Laufe der Jahre sich vermehrten, bis ihrer mehr als 70 gezählt wurden, in Hirsekorn- bis Wallnußgröße. Die Biopsie sicherte die Diagnose Brookesches Akanthoma adenoides cysticum. Ein am Auge seit Jahresfrist bestehender kleiner Tumor ist dagegen zu einem typischen Ulcus rodens ausgeartet. Bei der Tochter sind seit etwa acht Jahren kleine Knötchen, die meistens nicht größer als ein Weizenkorn sind, in großer Anzahl (52) am Gesicht hervorgetreten. Es wurden vier davon exzidiert und bei der histologischen Untersuchung als typische Fälle von Ulcus rodens erkannt. Die übrigen Tumoren wurden darauf mit Kohlensäureschnee beseitigt. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Meiostagminreaktion. Mit einem Beitrag zur Frage der Verwertbarkeit der Reaktion in der Dermatologie, von L. Arzt und St Zarzycki-Wien. (W. kl. W., 5. März 1914, Nr. 10.) Bei den Untersuchungen, die Verfasser angestellt haben, haben sie besonderes Gewicht gelegt auf den Ausfall der Reaktion bei den klinisch relativ gutartigen Hautgeschwülsten, um daraus ev. Schlüsse über die Sicherheit der Reaktion bei initialen Frühfällen maligner epithelialer Tumoren zu gewinnen. In einer großen Reihe von Fällen wurde die serologische Untersuchung durch den histologischen Befund kontrolliert. Die Resultate, über die die Verfasser Tabellen geben, sind nicht vollkommen eindeutig, doch besteht nach ihrer Meinung ein gewisser Parallelismus zwischen Malignität und Ergebnis der serologischen Untersuchung. Weiterhin wurde die Einwirkung therapeutischer Maßnahmen auf die Verhältnisse im Serum des Erkrankten untersucht, besonders nach Bestrahlung mit Radium; dabei hat sich einige Male ein Umschlag der Reaktion nachweisen lassen. Als brauchbares künstliches Antigen haben die Verfasser Azeton-Lezithinextrakt benutzt. W. Lehmann-Stettin.

Über einen besonderen Befund von Zelleneinschlüssen bei spitzen Kondylomen, von P. Fiori-Modena. (Pathologica, 1914. Nr. 125.) Untersuchungen in zahlreichen Fällen. Verfasser hält die Zenkersche für die beste Fixierflüssigkeit und erhielt die besten Resultate bei der Färbung nach Mann. In den zur Hautoberfläche senkrechten Schnitten fand er folgendes: 1. Die Basalzellenschicht, die bekanntlich nur in geringem Maße oder überhaupt nicht an dem Prozeß beteiligt ist, weist im allgemeinen keine besonderen Modifizierungen auf; in einigen Zonen jedoch, besonders bei den weniger tiefgelegenen Elementen, beobachtet man, daß der ganze Zelleib vergrößert ist und daß die Nebenkerne dazu neigen, sich intensiver rot zu färben. 2. Die Stachelzellenschicht weist neben den bekannten Veränderungen (Vermehrung des Volumens des Zellkörpers und des Kernes, Vakuolisierung des Protoplasmas) besondere Alterationen auf, die Verfasser, von der Basalschicht zur Peripherie vorschreitend, folgendermaßen beschreibt: a) Der Nukleolus (oder die Nukleole) ist vergrößert und intensiv rot gefärbt, zuweilen mit hellem Zentrum. Der ebenfalls vergrößerte Kern zeigt mehr oder minder normale Struktur; das Protoplasma ist etwas homogener als gewöhnlich. b) Im Kern treten ganz kleine körnige, rundliche, rot gefärbte Massen auf; die rot gefärbten Nebenkerne neigen dazu, sich exzentrisch zu verschieben; das Kernretikulum ist etwas undeutlich und kann zerstückelt sein. c) Eine nebenkerngroße oder auch größere endonukleäre Masse ist im Begriff, den Kern zu verlassen. d) Im vakuolisierten Protoplasma sind rote Massen von verschiedener Größe sichtbar; ihre Größe übertrifft jedoch stets diejenige des Nukleolus. Zu gleicher Zeit treten rote, fast staubartige Granulationen auf; der Kern ist sehr undeutlich. e) Man kann zu gleicher Zeit rote Massen im Plasma und einen gut erhaltenen Kern mit rotem oder blaurotem Nebenkern antreffen. f) In den peripherstен, d. h. mit der Hornschicht benachbarten Zellen ist das mehr oder minder vollständig vakuolisierte Protoplasma mit verschieden kleinen, rot gefärbten Körnchen durchsetzt, die bald zu kurzen Ketten, bald zu kleinen Häufchen angeordnet sind. Die azidophilen Einschlüsse

Digitized by Google

befinden sich also dort, wo die Form und die Struktur der Zellen die bedeutendsten Veränderungen erfahren haben. Die Frage nach ihrer Bedeutung läßt Verfasser unberührt. K. Rühl-Turin.

Über einen besonderen Befund von Zelleinschlüssen bei dem Condyloma acuminatum, von Paolo Fiori-Modena. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 74, H. 7.) Der Verfasser fand im Innern der erkrankten Zellen eingeschlossene, leicht färbbare Körper, deren Charakteristik er angibt: das eine oder doppelte Kernkörperchen erscheint vergrößert, zuweilen in sehr bedeutender Weise; es ist stark rot gefärbt und mit einem hellen Zentrum versehen. Der ebenfalls vergrößerte Kern zeigt ungefähr die gewöhnliche Struktur. Das Zellplasma ist etwas gleichartiger. Im Innern des Kerns erblickt man zuerst nur rot gefärbte Massen; das Kernnetz wird weniger sichtbar und erscheint zuweilen zerbröckelt. In dem vakuolisierten Zellplasma treten rot gefärbte und ziemlich große Massen und rote, zuweilen feinste Körperchen hervor. Der Kern ist kaum sichtbar. In den oberflächlichen Stachelzellen erscheint das mehr oder minder vakuolisierte Zellplasma erfüllt von rosenfarbigen oder dunkelroten Körnern, die bald wie eine kurze Kette, bald wie kleine Anhäufungen aussehen. Die Einschlüsse bestehen demnach aus mehr oder minder großen intra- oder extranukleären Massen. Sie sind in den Stachelzellen sehr vorherrschend. Zuweilen können sie sich in den interspinosen Räumen vorfinden, und dann handelt es sich immer um feine Körner.

W. Chrzelitzer-Posen.

Gundu in Neuguinea, von Wick. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1913, H. 12.) Gundu ist eine seltene Erkrankung, die sich durch eine ganz langsam fortschreitende, symmetrische, fast knorpelharte Schwellung zu beiden Seiten des Nasenrückens und der unteren Stirnpartie äußert. Sie beginnt im frühesten Kindesalter, Zeiten des Stillstandes wechseln mit Zeiten des Wachstums. Über die Ursache ist nichts bekannt. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um einen hypertrophierenden periostalen Prozeß. Eine wirksame Behandlungsmethode ist nicht bekannt. H. Boehme-Leipzig.

Zur Kenntnis der Elefantiasis in Samoa, von A. Leber-Göttingen und S. von Prowazek-Hamburg. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, Nr. 11.) Die bei den Südseeinsulanern sehr verbreitete Elefantiasis kommt vor als akuter kurzer Fieberanfall, Mumufieber, und als dauernde Schwellungen der Drüsen, der Haut oder innerer Organe. Ihre Ursache ist eine Mikrofilarie, die sich lange im Blute hält, da noch jahrelang nach Entfernung aus Filariengegenden Krankheitsnachschübe auftreten. Die Schwellungen bestehen aus einer traubigen, fettreichen, von einer Kapsel umgebenen Masse, in der entzündliche Portionen mit verkalkten Filarienresten und gut erhaltenen Filarien eingelagert sind. Die Erkrankung befällt, mit ganz geringen Ausnahmen, nur Erwachsene.

H. Boehme-Leipzig.

Ein Fall von Makrocheilie, von Sluys-Brüssel. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Beschreibung eines Falles von Lymphangiomatose der Oberlippe. Der Tumor war hart, von gleichmäßiger Konsistenz, verursachte keinerlei Schmerzen. Durch Behandlung mit hochgefilterten Radiumstrahlen verschwand der Tumor innerhalb zehn Tagen, die Lippe erlangte ihre vollkommen normale Beschaffenheit wieder, die Haut war gänzlich intakt geblieben. An einer beigefügten Abbildung wird der Fall vor und nach der Bestrahlung illustriert. H. Rausch-Darmstadt.

Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Akromegalie, von A. Gunsett-Straßburg. (Strahlenther., Bd. 5, H. 1.) Als Ursache der Akromegalie wird zurzeit eine Tumorbildung der Hypophyse angenommen. Als erste haben Gramegna und Béclère versucht, den Hypophysentumor mit X-Strahlen zu beeinflussen und zwar mit bemerkenswertem Resultat. Verfasser hat die von Béclère in fünf Fällen geübte Technik der

Digitized by Google

vier Bestrahlungsfelder bei 1 mm Aluminiumfilter dahin modifiziert, daß er sich das Kugelsegment des Schädels in elf Felder einteilte, wobei als Hauptbestrahlungsfeld die Schläfengegend und Stirn beibehalten wurde. Statt 1 mm nahm er 4 mm Aluminiumfilter. Jede Stelle erhielt pro Bestrahlung 10 X Oberflächendosis unter dem Filter gemesen. Hierdurch gelang es Verfasser, bei Vermeidung jeglicher Reaktion, ja selbst ohne temporären Haarausfall, das Gesichtsfeld bei dem Patienten wieder vollständig normal zu erhalten. Ein deutlicher Einfluß auf die übrigen akromegalischen Erscheinungen konnte bei der Kürze der Zeit von drei Monaten allerdings noch nicht konstatiert werden. H. Rausch-Darmstadt.

Zur Kasuistik der multiplen symmetrischen Lipomatose, von Simon-Plauen. (B. kl. W., 1914, Nr. 9.) Verfasser beschreibt einen von ihm beboachteten Fall. Bei einem 63jährigen Arbeiter zeigten sich 39 Geschwülste, von denen 18 paarweise und symmetrisch angeordnet, 3 unpaare waren; außerdem waren die linksseitigen Tumoren stärker ausgebildet als die rechtsseitigen. G. Heymann-Elbing.

Beitrag zu den Knorpelzysten der Ohrmuschel, von Junkel. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 127, H. 3—4.) J. bespricht die verschiedenen Anschauungen, die über die Entstehung der relativ selten vorkommenden Ohrzysten herrschen. Auf Grund eines in der Chir. Klinik der Kgl. Charité beobachteten Falles kommt J. zu der Ansicht von Gudden, der das Trauma allein als Ursache ansieht. Es kommt zu einer Knorpelsprengung. Ob sich darnach ein Transsudat bzw. Zyste oder ob sich ein Bluterguß bzw. Othämatom entwickelt, hängt von der Schwere des Traumas ab.

E. Brinitzer-Altona.

Über multiple Leiomyome der Haut, von Abramson. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 46/47.) Zu den nach den Forschungen des Verfassers in der Literatur vorliegenden 31 Fällen von Leiomyombildung der Haut fügt Verfasser eine eigene Beobachtung. Es handelte sich um einen 35jährigen Bauer, welcher den Beginn seines Leidens auf das 18. Lebensjahr zurückführte. Die Leiomyome saßen in reicher Anzahl auf der rechten oberen Extremität und vereinzelt über der rechten Skapula und über dem rechten Schlüsselbein. Sie verursachten dem Mann heftige Schmerzen. Unter Exstirpation der größten, wobei auch histologisch die Diagnose gesichert wurde, trat eine bedeutende Erleichterung ein. A. Jordan-Moskau.

Zur Histogenese der Nabeladenome nebst einem kasuistischen Beitrag, von H. Waegeler. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 14, H. 3.) Bis jetzt sind im ganzen nur sehr wenig Fälle von echten Nabeladenomen beschrieben worden. Ein solcher Tumor ist vom Verfasser untersucht worden. Es handelt sich um eine kleinapfelgroße Geschwulst, die von einer 48 Jahre alten Frau stammt. Er war sehr langsam gewachsen und während der Menstruation stets schmerzhaft und etwas geschwollen. Ein Durchschnitt durch Haut und Tumor zeigt, daß das äußerst derb sich anfühlende Tumorgewebe fest mit der Haut verbunden ist, nicht durch subkutanes Fettgewebe von ihr getrennt. Die Schnittfläche hat eine sehnige, weißglänzende Beschaffenheit. Hier und da kann man in dem Netzwerk der sich kreuzenden gröberen Bindegewebsbündel kleinste, bis stecknadelkopfgroße zystische Hohlräume wahrnehmen. Mikroskopisch handelt es sich um eine Geschwulst von derbem bindegewebigem Stroma, mit eingestreuten, größtenteils zystisch erweiterten Drüsenschläuchen — Fibroadenoma cysticum. Der Tumor ist mit denen von Mintz, Koslowski, Ehrlich und Zitronblatt beobachteten in eine Reihe zu stellen, wenigstens soweit der histologische Aufbau in Betracht kommt: derbfibröses, zuweilen mit Muskelelementen untermischtes Grundgewebe, zwischen das Drüsenschläuche und zystische Hohlräume von mannigfacher Gestalt und Größe eingestreut sind; sie sind oft begleitet von kernreichem, jungem Bindegewebe. Das Epihel ist ein einschichtiges,

Digitized by Google

zylindrisches, in den Zysten infolge des Sekretionsdruckes mehr abgeplattet. Den Inhalt bildet Schleim und Zelldetritus, als Reste der früheren Blutungen zerfallene Blutkörperchen und Pigmentanhäufung. Ausführlich erörtert Verfasser sodann die Frage nach der Entstehung dieser Geschwülste. Er kommt zu folgendem Schluß: Das mikroskopische Bild der Nabeladenome bietet keine genügende Stütze für die Annahme, daß der Dottergang oder der Urachus oder auch das Serosaepithel als Mutterboden der Geschwulstbildung zu gelten habe. Vielmehr legt der Charakter des Epithels, welches Verfasser bei seinem Tumor fand, den Gedanken nahe, daß der Geschwulstkeim mit dem Genitalsystem in engster Beziehung gestanden haben mußte. Mit Rücksicht auf die Lokalisation kann man schließen, daß er der Urnierenanlage angehört. Es handelt sich bei dem beschriebenen Tumor um eine Überschußbildung, genau so wie bei den Adenofibromen und Adenomyomen der Leistengegend und des runden Mutterbandes. G. Heymann-Elbing.

Eine neue Methode der Narbenbehandlung mit multiplen Inzisionen und Thiosinamin, von A. H. Tubby-London. (Brit. m. J., 1. Nov. 1913.) Zur Beseitigung von Narbenkontraktionen, z. B. am Finger, hat T. schon bei mehreren Fällen folgende Methode sehr bewährt gefunden: in rechtem Winkel zur Längsachse der Narbe werden in einer Entfernung von etwa höchstens $^1/_4$ cm multiple Inzisionen angelegt, welche nicht nur ins subkutane Fettgewebe, sondern auch $^1/_2$—1 cm weit in die gesunde Haut vordringen. Nach der durch Kompression zu bewirkenden Blutstillung wird Fibrolysin in die Inzisionen kräftig eingerieben, eventuell auch subkutan eingespritzt. Der betreffende Teil wird in leichter Dehnung einbandagiert, und nach 10—14 Tagen, sobald die Inzisionen geheilt sind, wird die Prozedur wiederholt. Nur ganz ausnahmsweise war eine weitere Wiederholung nötig. A. Philippi-Salzschlirf.

Voluminöse Narbenkeloide. Besserung durch Skarifikationen und Radiotherapie, von Gallois und Japiot. (Lyon méd., 1914, Nr. 30.) Ein Patient hatte schwere Brandwunden der Arme und des Thorax erlitten; die Narben entwickelten sich zu enormen Keloiden bis zu 2 cm Höhe. Ein Teil wurde wiederholt skarifiziert, der andere mit Röntgenstrahlen behandelt. Die Keloide sind durch beide Methoden bedeutend gebessert worden. R. Frühwald-Leipzig.

Über Neurofibromatose, von Wilhelm Lier-Wien. (Zschr. f. kl. M., 1914, Bd. 80, H. 3/4.) Verfasser schildert genau den Fall eines jugendlichen Patienten mit universeller Neurofibromatose, bei dem gleichzeitig alle charakteristischen Merkmale der Dystrophia adiposo-genitalis vorhanden sind, nämlich bedeutendes Zurückbleiben des Skelettwachstumes, Hypertrophie des subkutanen Fettgewebes, Hypoplasie der Genitalien bei mangelnder Scham- und Achselbehaarung. Da dieser Habitus heute allgemein als Ausdruck einer Störung der inneren Sekretion unter vorwiegender Mitbeteiligung der Hypophyse aufgefaßt wird, und da hier gleichzeitig beiderseitige Sehnervenatrophie vorhanden ist, und das Röntgenbild deutlich eine Depression am Tuberculum sellae turcicae in unmittelbarer Hypophysennähe erkennen läßt, so ist an einen Tumor in der Nachbarschaft der Hypophyse zu denken. Interessant ist die geringe Größe der Schilddrüse. Erwähnenswert ist auch das Ergebnis der Blutuntersuchung, das eine Vermehrung der mononukleären Leukozyten zeigte, sowie besonders der Umstand, daß unter der Thyreoideamedikation eine Abnahme derselben erfolgte, so daß das Blutbild wieder fast normal wurde. Das Gewebe der Fibrome ist ein eigenartiges neurogenes Gewebe. Als Bildner der Geschwülste sind die Nervenfaserzellen selbst oder entsprechende embryonale Zellen anzusehen, die möglicherweise nicht zum normalen Aufbau des Nervengewebes verwendet werden. Der ganze Prozeß beruht auf einer kongenitalen Systemerkrankung, die zurückzuführen ist auf eine embryonale Entwicklungsstörung der spezifischen Elemente des Nervensystems. W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Beitrag zum Studium der „formes frustes" der Recklinghausenschen Krankheit, von P. Bertein. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 32.) Bei einem 21jährigen Soldaten fanden sich außer den Tumoren längs der Nerven die Hauptsymptome der Recklinghausenschen Krankheit, nämlich Pigmentierung und Hauttumoren. Diese Krankheitsform wurde von Chauffard unter dem Namen „dermofibromatose pigmentaire" als selbständiges Krankheitsbild isoliert. Bertein fragte sich aber, ob diese Ansicht berechtigt ist und ob nicht die Hauttumoren seiner und überhaupt dieser Fälle ebenfalls zu den Nerventumoren gehören. wenn sie auch nicht ohne weiteres mikroskopisch als solche anzusprechen sind. Er weist nun darauf hin, daß es neben den seltenen Neuromen, bei welchen man typische Nervenfasern findet, die Mehrzahl der Nerventumoren nicht differenziert, sondern von einem banalen fibrösen Gewebe gebildet werden, das nicht in der fibrösen Nervenscheide seinen Ursprung genommen hat, sondern in der Nervenfaser selber, in den Zellen der Schwannschen Scheide und deren Transformierung bis zum fibrösen Gewebe gut hat verfolgt werden können. Deshalb darf man, wenn in einem Fall, wie dem mitgeteilten, keine Nervenfasern in den Tumoren gefunden wurden, nicht ohne weiteres ihre nervöse Natur bezweifelt werden.

A. Gunsett-Straßburg.

Recklinghausensche Krankheit, von J. Rebattu und Joseph Martin. (Lyon méd., 1914, Nr. 1.) Typische Recklinghausensche Krankheit mit kolossaler Dispersion, so daß kaum ein Fleck normaler Haut zu sehen war. Besonders zahlreich waren Pigmentflecke und Tumoren vom Typus des Molluscum pendulum. Keine Neurome, keine Skelettveränderung. R. Frühwald-Leipzig.

Bauchdeckenfibrome der Frau, Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie, von Eugen Andersch. (Diss. Greifswald, 1913.) Der Arbeit liegen die Krankengeschichten von 6 Fällen zugrunde. Hinsichtlich des Ausgangspunktes sind in erster Linie der M. rectus abdom. und seine Sehnenscheiden, vor allem das hintere Blatt desselben beteiligt. Vorwiegend werden diese Tumoren bei Frauen, die geboren haben, angetroffen. Alter: Zeit der Geschlechtsreife. Das Wachstum der Bauchdeckenfibrome ist im allgemeinen sehr langsam; sie bleiben einerseits oft jahrelang latent, andererseits können sie auch plötzlich ein rapides Wachstum zeigen. Meist handelt es sich um reine Fibrome. Die einzige Therapie ist die operative. F. Loeb-München.

Fall von plexiformem Neurofibrom mit hypertrophischen und Pigmentveränderungen der Haut, angiomatösen Herden, Muskelatrophie und Rarefaktion der Knochen, von Henry Rutherfurd. (Glasgow J., 1914, Nr. 3.) Die im Titel besagte Affektion fand sich bei einem 8jährigen Mädchen, das an Spontanfrakturen litt.

R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Gesichtsangiome, von Morestin. (Soc. de chir., 19. November 1913.) Der Verfasser unterband bei einem großen Angiom, das vom Auge bis zum Kieferwinkel reichte, zuerst die Jugularis und Carotis externa und machte dann in die Geschwulst eine große Menge von Formolinjektionen: das Angiom verschwand vollständig und narbenlos. A. Gunsett-Straßburg.

Angioma palpebrae, von van Lint. (Policlinique 1913, Nr. 22.) Das Angiom bei dem 11jährigen Mädchen hat die Eigentümlichkeit, daß es zylindrische Form hat und wie ein Wurm über das Auge herabhängt. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Pathogenese des generalisierten Xanthoms, von Ernst Sikemeier. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 14, H. 3.) Bei einer 33jährigen Frau mit allgemeiner Xanthomatose und chronischem Ikterus fand sich bei der Autopsie neben dem typischen Xanthom, das doppeltlichtbrechende Substanz enthielt, eine isolierte Tuberkulose der Leber, die stellenweise zur Zirrhose geführt hatte. Daneben war noch eine Tuberkulose

Digitized by Google

der regionären lumbalen, sowie der bronchialen und zervikalen Lymphdrüsen vorhanden. Nirgends konnten dagegen tuberkulöse Veränderungen des Verdauungstraktus oder der Lungen gefunden werden. Ein solcher Fall kam bisher noch nicht zur Beobachtung; doch läßt die Durchsicht der einschlägigen Literatur die Vermutung zu, daß wohl ähnliche Fälle häufiger sind, und daß der Tuberkulose, speziell der isolierten Lebertuberkulose, für die Pathogenese des multiplen Xanthoms vielleicht eine größere Bedeutung zukommt. Unter allen Umständen dürfte es sich daher empfehlen, künftig alle Fälle von generalisiertem Xanthom klinisch sowohl wie pathologisch-anatomisch auf Tuberkulose, speziell auf Lebertuberkulose, genau zu untersuchen. G. Heymann-Elbing.

Über Xanthom der Haut und der Sehnen, von H. Hoessli-Basel. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 90, H. 1.) In dem vom Verfasser untersuchten Fall findet man in den Tumoren der Haut sowohl, als auch der Sehnen und des Periostes folgende wesentlichen Bestandteile: Wabige Xanthomzellen, vereinzelte, in ihrer Zahl auf die einzelnen Gewebe ungleich verteilte Riesenzellen, teils mehr homogene, teils strahlig gebaute Herde von Cholestearinablagerungen, an deren Peripherie Cholestearinnester und Riesen- und Xanthomzellen liegen. Dagegen finden sich in den Tumoren nirgends Pigment und nirgends Nekrosen, und es zeigt keines der untersuchten Stücke der Haut sowohl als auch der Sehne, was besonders betont sei, Partien von Rund-, Spindel- oder Polymorphzellen. Nirgends kommt ein fibromatöser oder sarkomatöser Bau zur Geltung.

W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Beitrag zu den Untersuchungen über das Pseudoxanthoma elasticum, von Stefania Rygierówna. (Poln. Revue f. Haut- u. Geschlechtskr., 1913, Nr. 7—9.) Die Verfasserin untersuchte klinisch und histologisch einen Fall Pseudoxanthom einer 72jährigen Frau. Die Untersuchung ergab dieselben Verhältnisse, wie es Dubreuilh 1913 in den drei beschriebenen Fällen fand. Im Falle der Verfasserin war fast die ganze Gesichtshaut vom Leiden betroffen, in Form eines diffusen Herdes von Elfenbeinfarbe mit verminderter Elastizität. Histologisch fand sich die Epidermis im Stratum corneum verdünnt, das Pigment vermehrt, die Papillen abgeflacht, die elastischen Fasern degeneriert, in eine strukturlose Masse verwandelt, sonst keine auffallenden Veränderungen. Und wenn manche Verfasser den Prozeß als Neoplasie, die anderen als Entartung der elastischen Fasern auffassen, so glaubt die Verfasserin, daß es sich nur um einen Prozeß handelt, der von verschiedenen Verfassern in verschiedenen Stadien seiner Entwickelung beobachtet wurde. H. Rossmarin-Lemberg.

Über die Lipoidinfiltration in den Kupfferschen Sternzellen und in den Retikulumzellen der Milz, und deren Beziehungen zu den Xanthelasmen, von L. Aschoff-Freiburg. (Naumburg, G. Pätz'sche Buchh., 1913.) Die verschiedenen Formen der Xanthombildungen werden von A. eingeteilt in echte xanthomatöse Geschwülste und Mischgeschwülste, ferner in Xanthelasmen, d. h. Wucherungen bei bestimmten Stoffwechselstörungen, und endlich in die lokalen pseudo-xanthomatösen Wucherungen entzündlicher Natur. A. beschreibt einen Fall, in welchem Xanthelasmen der Leber und Milz mit einem Xanthelasmaknoten der Haut am rechten Ellenbogen vergesellschaftet war. Merkwürdigerweise waren es weniger die Kupfferschen Sternzellen, als vielmehr die Bindegewebszellen der Glissonschen Kapsel und in der Milz neben den Retikulum- und Endothelzellen vorwiegend die Bindegewebszellen der Trabekel, welche die Lipoidspeicherung aufwiesen; auch in den mesenterialen Lymphknoten fanden sich die Xanthelasmen, deren Lipoide nach dem färberischen Verhalten in den drei Organen nicht als gleichwertig anzusehen waren. O. Peyser-Harburg.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Übergang von Quecksilber in die Haarsubstanz nach Quecksilbereinführung unter die Haut bei Lueskranken, von Casimir Strzyzowski. (Chem. Ztg., 1912, Nr. 127.) Verfasser gelingt es mit seiner Methode Bruchteile von Milligrammen Quecksilber in den Haaren von Syphilitikern nachzuweisen, denen Hg unter die Haut gespritzt worden ist. E. Brinitzer-Altona.

Die Syphilis als eine Frage der öffentlichen Gesundheit, von Henry J. Nichols-Washington. (J. Am. m. Assoc., 16. Mai 1914.) Die Ausführungen des Verfassers über Verbreitung, Gefahren und Verhütung der Syphiliserkrankung decken sich mit denen, die uns aus deutschen Zeitschriften über diesen Stoff geläufig sind.
H. Fendt-Wiesbaden.

Dermatologische Kasuistik, von Harry E. Alderson. Californ. State J. of M., Oktober 1913.)

1. Zirzinäre Eruption der Zunge. Der Patient litt an Lingua geographica. Er war infolge seiner schlechten Lebens- und Ernährungsweise etwas herabgekommen und litt oft an gastrointestinalen Störungen. Jedesmal wenn diese heftigeren Charakter annahmen wurde auch die Zungenaffektion schlimmer. Lokale Behandlung blieb ohne Erfolg; erst durch Regelung der Diät und Lebensweise wurde der Allgemeinzustand gehoben und die Erkrankung der Zunge beseitigt.

2. Arsenpigmentation und -keratosen. Der Patient zeigte am ganzen Körper eine tiefe Pigmentierung unterbrochen von Flecken normaler Haut. Die Haut der Handteller und Fußsohlen ist stark verdickt und zeigt zahlreiche prominente Keratosen. Ebensolche Keratosen im Gesicht und auf den Schultern. Dieser Zustand war die Folge einer wegen Psoriasis durch fünf Jahre hindurch fortgesetzten Kur mit asiatischen Pillen. Die Psoriasis war nicht wiedergekommen. Das Blut zeigte starke Lymphozytose.

3. Alopecia areata durch Nervenchok. Der Patient erlitt einen Automobilunfall; drei Wochen später zeigte sich ein kahler Fleck am Scheitel. Ohne Therapie heilte dieser innerhalb eines Monates.

4. Hydroa vacciniforme oder rekurrierende Sommereruption. Typischer Fall bei einem Cow-Boy, seit der Kindheit bestehend. Gelegentlich der Konsultation fanden sich nur Narben. R. Frühwald-Leipzig.

Verschiedenes.

Dr. Erwin Klaschka, Assistent der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung in Wien, ist infolge einer am Kriegsschauplatze erworbenen Erkrankung gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. April 1915 | Nr. 16 | Band 60

Über Nosokomialgangrän [1]).

Von

F. Trendelenburg.

Ich möchte mir gestatten, Ihnen in Kürze einiges über eine Wundkrankheit mitzuteilen, die in früheren Zeiten, besonders unter den schlechten hygienischen Bedingungen des Krieges, noch mehr gefürchtet wie Pyämie und Erysipel, Verwundete und Operierte dezimierte, jetzt aber dank der Antisepsis so gut wie ganz verschwunden zu sein scheint. Von ihrem endemischen Auftreten in den Lazaretten erhielt sie den Namen Lazarettbrand, Gangraena nosocomialis, Pourriture d'hôpital, Hospital gangrene.

Ob die Nosokomialgangrän in diesem Kriege schon beobachtet worden ist, weiß ich nicht sicher. Nach brieflicher Mitteilung scheint es in Innsbruck der Fall gewesen zu sein, auch aus Frankreich wurde mir kürzlich über einige Gangränfälle geschrieben, die mit Wahrscheinlichkeit für Nosokomialgangrän gehalten wurden. Aber Verwechselungen mit anderen Gangränformen, mit traumatischer Gangrän bei schweren Zertrümmerungen durch Granatschüsse und mit Gasphlegmonen sind nicht ausgeschlossen, wenn der Beobachter nicht den zweifelhaften Vorzug genießt, noch zu der vorantiseptischen alten Garde der Chirurgen zu gehören.

Wer den Lazarettbrand einmal gesehen hat, wird das wenigstens in schweren Fällen sehr typische Krankheitsbild sofort wiedererkennen. Wird eine bis dahin granulierende Wunde von Lazarettbrand befallen, so verändert sie über Nacht unter plötzlich auftretendem Fieber, das mitunter mit einem Schüttelfrost einsetzt, ihr Aussehen und wird schmerzhaft, die Haut in der nächsten Umgebung der Wunde zeigt eine intensive feurige oder purpurne Rötung. Die Granulationsfläche nimmt eine livide Farbe an, quillt hervor und bedeckt sich mit einem gelblichen fibrinösen Exsudat, das mit diphtherischen Pseudomembranen Ähnlichkeit hat. Es läßt sich meist in Fetzen von der Unterlage abziehen, wobei

[1]) Vortrag, gehalten an einem „kriegsärztlichen Abende" in Berlin, mit Demonstrationen von Diapositiven, die dem Verfasser von Hrn. Professor Rille in Leipzig freundlich zur Verfügung gestellt wurden.

Digitized by Google

die Granulationen aber bluten. Der Grund der Wunde zeigt ein buntscheckiges marmoriertes Aussehen. Nach einigen Tagen verfällt die inzwischen mißfarben braun oder schwärzlich gewordene Auflagerung durch Fäulnis, und zugleich setzt ein rapide um sich greifender gangränöser Zerfall der Gewebe ein, der in der Haut ringsum nach allen Seiten ziemlich gleichmäßig fortschreitet und, besonders wenn es sich um eine Schußwunde handelt, auch schnell in die Tiefe vordringt. Die gangränösen Gewebe werden in schwarze Fetzen und in eine schmierige stinkende breiige Masse verwandelt, bräunliche jauchige Flüssigkeit mit blutiger Beimischung fließt ab. In der Tiefe dringt die Gangrän besonders in den Bindegewebsspalten vor und legt bald die größeren Nerven- und Arterienstämme frei, nicht selten treten schwere arterielle Blutungen ein. Zu metastatischen Vorgängen kommt es nicht, auch die Lymphdrüsen sind wenig oder gar nicht beteiligt.

Wenn der Prozeß nicht rechtzeitig zum Stillstand kommt, und sich nach Abstoßung der gangränösen Massen frische gesunde Granulationen bilden, was in schwereren Fällen nur bei geeigneter lokaler Behandlung der Fall ist, so geht der Kranke an der septischen Intoxikation, die sich auch durch Milzschwellung und profuse Diarrhöen äußern kann, oder durch Blutungen zugrunde. Häufig tritt nach beginnender Heilung ein Rezidiv ein, das sich sogar mehrere Male wiederholen kann. Mitunter kompliziert sich der Lazarettbrand mit Erysipel oder Pyämie, selten mit Tetanus. Über Variationen in dem Krankheitsbilde wird nachher noch zu sprechen sein.

Zunächst werden einige Angaben über die Geschichte der Krankheit von Interesse sein. Daß der Hospitalbrand schon im Altertum vorgekommen ist und den Ärzten bekannt war, läßt sich aus einigen, allerdings nicht sehr deutlichen kurzen Angaben in den Schriften von Hippocrates, Galen und Paulus von Aegina schließen. Charakteristischer sind schon einige Stellen bei Avicenna um 1000 und Guido von Chauliac im 14. Jahrhundert. Unzweifelhaft auf Nosokomialgangrän beziehen sich aber einige Sätze in der berühmten Abhandlung von Ambroise Paré, dem Feldarzt Franz I. und Karl IX. von Frankreich, über die Schußwunden. Bei der Belagerung von Rouen in den Hugenottenkriegen, in der Mitte des 16. Jahrhunderts, sah er sehr viele, auch geringfügige Wunden faulig und gangränös werden und zum Tode führen; die Todesfälle waren so zahlreich, daß sowohl Belagerer wie Belagerte glaubten, die Kugeln der Gegner seien vergiftet, während Paré die Entstehung der Gangrän auf den Einfluß der verdorbenen Luft zurückführte. Seit der Zeit scheint sich die Krankheit dann in den alten überfüllten Hospitälern Frankreichs fest eingenistet zu haben, so in Lyon, in Montpellier

Digitized by Google

und dem besonders übel berüchtigten Hotel Dieu in Paris, in dem zeitweise der größte Teil aller Operierten dem Lazarettbrand erlag. In Frankreich erschienen denn auch, und zwar gegen Ende des 18. Jahrhunderts, die ersten Abhandlungen über die Krankheit von POUTEAU und DUSSAUSSOY in Lyon. Eine größere Ausbreitung gewann die Nosokomialgangrän durch die Napoleonischen Kriege, nachdem sie aber auch schon vorher in Deutschland und England stellenweise epidemisch aufgetreten war. Aus der Napoleonischen Zeit stammt die vortreffliche Darstellung der Krankheit von DELPECH. Er sammelte seine Beobachtungen in den Hospitälern in Toulouse und Montpellier an den Verwundeten, welche von den verschiedenen Kriegsschauplätzen Europas meist aus sehr großen Entfernungen nach Südfrankreich transportiert worden waren und zum großen Teil schon mit Lazarettbrand infiziert ankamen. Wenn man Kriegsberichte aus damaliger Zeit liest, z. B. den Bericht von REIL über die Zustände nach der Schlacht bei Leipzig, und hört, wie die Verwundeten damals auf Bretterwagen zusammengepackt bestenfalls mit etwas Stroh als Unterlage oder auf Schubkarren in endlosen Zügen die schlechten Landstraßen entlang gefahren wurden, bis sich irgendwo Platz fand, sie wenigstens notdürftig unter Dach und Fach zu bringen, wie es überall an ärztlicher Hilfe, an Verbandmaterial und besonders an Pflegepersonal fehlte, da ja noch in den Freiheitskriegen die weibliche Krankenpflege aus den Militärlazaretten so gut wie vollständig ausgeschlossen war, so gewinnt man die Überzeugung, daß die Bedingungen für die Entstehung und Ausbreitung von Wundkrankheiten damals die denkbar günstigsten waren. Man gewinnt dann aber auch das richtige Verständnis für die großen Fortschritte, die uns das Rote Kreuz und die Einrichtung unserer vortrefflichen Lazarettzüge gebracht hat. Wie lange mag ein Verwundeter aus Napoleons Armee auf dem Wege vom Rhein bis nach Montpellier gereist und wie selten mag er unterwegs frisch verbunden worden sein? Wie mag er gehungert und gedurstet haben, und wie unerträgliche Schmerzen muß das Stoßen der Wagen auf den schlechten Straßen den Verwundeten mit Knochenbrüchen bereitet haben. Jetzt fahren die Verwundeten, wenn sie erst glücklich geborgen und den Gefahren des Schlachtfeldes entronnen sind, meist bequem gebettet und fest geschient, von Station zu Station gespeist und gelabt, vom Arzt so oft als nötig kunstgerecht und aseptisch verbunden in etwas über 48 Stunden von Flandern bis Berlin.

Nach den Napoleonischen Kriegen war der Lazarettbrand in den meisten größeren Krankenhäusern Europas ein ständiger oder doch immer wieder einkehrender Gast, so besonders im Hotel Dieu und Hôpital St. Louis in Paris, in St. Georges und St. Bartholomews Hospital in

Digitized by Google

London, in der Charité in Berlin und in anderen chirurgischen Kliniken Deutschlands, ebenso auf den Lazarettschiffen der englischen Marine. Während des Krimkrieges wütete er dann besonders in Konstantinopel, während des österreichisch-italienischen Krieges in Mailand, während des amerikanischen Sezessionskrieges in Washington, Baltimore und anderen Städten. Über eine Endemie in der Charité 1864/65 berichtete H. Fischer in einer vortrefflichen Arbeit. Mehr weniger heimisch war die Krankheit wohl in den meisten größeren Krankenhäusern, besonders zu leiden darunter hatte unter anderen Lister in der Royal Infirmary zu Glasgow. Das sofortige Zurückgehen der bisher sehr hohen Sterblichkeitsziffer infolge von Lazarettbrand nach der Einführung seiner neuen Wundbehandlungsmethode war ihm der beste Beweis für die Richtigkeit seines Prinzips der Antiseptik. Im Kriege 1866 trat die Hospitalgangrän an verschiedenen Orten in Böhmen auf und wurde von dort nach Sachsen und nach Schlesien importiert. In dem Kriegslazarett in Görlitz erlebten wir eine kleine Endemie, und zwar in den Krankenzelten, welche neben der als Krankenhaus dienenden Kaserne errichtet waren. Die vermeintlichen hygienischen Vorzüge dieser Zelte, die ganz wie die Zelte der Nomaden auf bloßer Erde ohne Fußboden standen, und deren aus leinenen Segeln bestehenden Wände durch seitlich eingepflöckte Stricke festgehalten wurden, erwiesen sich als völlig illusorisch, der Hospitalbrand sprang von einem Verwundeten zu dem anderen hinüber. Die meisten Fälle kamen nach gründlicher Anwendung des Ferrum candens zur Heilung, einige verliefen tödlich durch arterielle Blutungen. So entsinne ich mich eines Falles, in dem es zu einer tödlichen Femoralisblutung aus der von Gangrän befallenen Abszeßhöhle eines durch Schnitt geöffneten Bubo inguinalis kam. In Frankreich 1870 habe ich in unserem Feldlazarett meiner Erinnerung nach keinen Fall von Hospitalbrand gesehen. An anderen Stellen in Frankreich ist er vielfach beobachtet worden und trat dann auch in Deutschland in den Reservelazaretten auf. Eine gute Beschreibung der Krankheit aus dieser Zeit verdanken wir Franz König, der in dem Barackenlazarett auf dem Tempelhofer Felde arbeitete, einer Anlage, die jetzt nach 44 Jahren an derselben Stelle wieder erstanden ist. Bald nach dem Friedensschluß hatten wir noch eine lokale Endemie in der Langenbeckschen Klinik in der Ziegelstraße, und zwar wieder in dem luftigsten und vermeintlich hygienisch einwandfreiesten Raum der Klinik, in der nach Esses Plänen auf dem Hofe der Klinik errichteten sogenannten Charitébaracke. Natürlich konnte die verhältnismäßig freiere Luftzirkulation keinen Schutz gegen die Infektion bringen, solange die verschiedenen Wunden in alter Weise mit denselben nicht sterilisierten Instrumenten und nur oberflächlich gereinigten Fingern berührt wurden.

Digitized by Google

Erst durch die Einführung einer methodischen Antisepsis und Asepsis sind wir in allen unseren Krankenhäusern des Feindes ganz Herr geworden. Ich habe seitdem nur noch einen Fall von Gangrän gesehen an dem verwahrlosten Ulcus cruris eines Landstreichers, der etwa um 1880 der Rostocker Klinik zuging, und auch mein früherer Kollege in Leipzig, der Dermatologe Rille teilt mir mit, daß ihm bei seinem großen Material nur ganz vereinzelte Fälle ebenfalls bei vernachlässigten Beingeschwüren vorgekommen seien. Auch in den letzten Kriegen ist wenig über Nosokomialgangrän verlautet. Kusmin berichtet aus dem Kriegslazarett in Sistowa, das statt mit den etatmäßigen 630 mit 3500 Kranken belegt war, über 94 Fälle mit 39 Todesfällen.

Die beste neuere Monographie über Hospitalgangrän ist die von Rosenbach vom Jahre 1888, in der Deutschen Chirurgie erschienen, ihr habe ich Vieles entnommen. Größere eigene Erfahrungen standen aber Rosenbach nicht zu Gebote, und leider gelang es dem ausgezeichneten Forscher auch nicht, sich Material zur bakteriologischen Untersuchung zu verschaffen.

Die obige kurze Schilderung des Krankheitsbildes paßt nun nicht ganz auf alle Krankheitsfälle. Sie entspricht der Form der Krankheit, die man seit Delpech als die pulpöse bezeichnet, und neben der bei den Autoren noch von einer ulzerösen Form die Rede ist, bei einigen sogar von einer dritten Form, der ulzerös-pulpösen. Bei der ulzerösen im allgemeinen für gutartiger gehaltenen Form bemerkt man an der bisher gut granulierenden jetzt schmerzhaft werdenden Wunde eine kleine wie ausgenagt aussehende Vertiefung, die sich dann rasch seitlich ausdehnt. Mitunter handelt es sich um mehrere solche bald in einander konfluierende Aushöhlungen. Nach König gehen dem ulzerösen Zerfall der Granulationen kleine Apoplexien in die Granulationen voraus. Die Eiterung versiegt, statt des Eiters sezerniert die Wunde eine bräunliche stinkende dünne Flüssigkeit. Der gangränöse Zerfall greift auf die Wundränder über, dringt ebenso in die Tiefe, und das schließliche Bild ist dann dasselbe wie bei der pulpösen Form. Ist die Diagnose auf Lazarettbrand einmal gestellt, so ist natürlich sofortiges energisches Eingreifen geboten, und man hat daher keine Gelegenheit, den ganzen Verlauf des Prozesses an einer und derselben Wunde so zu beobachten, wie er von den Autoren geschildert wird.

Es sind aber nicht ausschließlich schon granulierende Wunden, die von Gangrän befallen werden, sondern die Infektion kann auch frische Wunden ergreifen. Früher, als man bei allen größeren Operationswunden auf prima intentio verzichtete und den unter entzündlichen Erscheinungen einhergehenden Reinigungsprozeß der Wunde in den ersten Tagen für

Digitized by Google

unerläßlich hielt, war die Diagnose der beginnenden Gangrän bei frischen Wunden nicht so leicht wie bei granulierenden. Die auffallende Trockenheit der Wunde in den ersten Tagen war ein wichtiger Fingerzeig. In den offenen Muskelinterstitien, z. B. bei einem Amputationsstumpf, dringt die Infektion mit besonderer Schnelligkeit vor. Gelegentlich hat man den Lazarettbrand von ganz oberflächlichen unbedeutenden Hautverletzungen ausgehen sehen, wie von kleinen Kratzstellen und Insektenstichen, ja es sind sogar Fälle beobachtet worden, in denen er von einer anscheinend unverletzten Hautstelle ausging, in der sich zunächst eine kleine Pustel gebildet hatte.

Daß die Nosokomialgangrän eine kontagiöse und nicht eine miasmatische Krankheit ist, wie Paré annahm, ist schon vor längerer Zeit allgemein anerkannt worden. Beweisend für die lokale Übertragbarkeit war die Erkrankung von Ärzten, welche sich bei der Behandlung einer gangränösen Wunde am Finger verletzten, an der verletzten Stelle eine Pustel und von derselben ausgehend eine fortschreitende Gangrän bekamen. Auch wurden in früheren Zeiten verschiedene Übertragungsversuche bei Menschen gemacht, zum Teil mit dem Nebenzweck, inoperable Karzinome durch die Gangrän zu zerstören, zum Teil ohne einen solchen therapeutischen Zweck oder mit recht bedenklicher Indikationsstellung. So soll ein Arzt in Xeres 1811 sich ein Geschoß, das tief in der Lendengegend steckte, durch eingeimpften Hospitalbrand zugänglich gemacht haben. Am zehnten Tage waren die Weichteile so zerstört, daß das Geschoß in der Fossa iliaca gefunden wurde, aber der Kranke starb bald darauf. Oft blieben die Übertragungsversuche erfolglos, was wohl daher rührt, daß nur nekrotische Massen und Brandjauche, nicht Gewebstückchen von der Grenze des Brandigen eingeimpft wurden. Auch die Impfversuche bei Tieren schlugen meistens fehl, Fischer bekam bei Kaninchen positive Resultate.

Was die Behandlung anbetrifft, so ist nicht zu bezweifeln, daß leichtere Fälle bei indifferenter Behandlung zur Heilung kommen können. Es würde keinen Zweck haben, alle die Medikamente hier aufzuführen, welche im Laufe der Jahre als Wundmittel für Nosokomialgangrän empfohlen worden sind. Meist sind es antiseptisch wirkende Stoffe. Bei schweren Fällen, und man weiß nie, ob der zunächst scheinbar leichte Fall nicht später die schwerere Form annehmen wird, ist die gründliche Zerstörung alles Gangränösen bis in das Gesunde hinein das einzig richtige Heilmittel. Das wußten schon die Alten, bei denen Ätzmittel und das Ferrum candens bei der Behandlung des Lazarettbrandes in erster Linie standen. Poutrau und Delpech empfehlen das Glüheisen, und auch nach meiner Erfahrung gelingt es mit dem Glüheisen am besten,

Digitized by Google

den Prozeß zum Stillstand zu bringen. Man muß es allerdings so energisch anwenden, daß nicht nur alles zerfallene, sondern auch alles infizierte Gewebe wirklich zerstört wird, was bei einer größeren buchtigen Höhle mit dem Paquelinschen Instrument nicht zu erreichen ist. Die Platinkuppel kühlt sich in der Wunde viel zu schnell ab; um gründlich zu wirken, muß man zu den alten im Ofen glühend gemachten Glüheisen greifen, die, früher oft mißbraucht, jetzt, wo die Narkose ihre Anwendung schmerzlos macht, mit Unrecht ganz aus dem Instrumentarium verbannt sind. Man muß bei großen brandigen Wunden mehrere Eisen im Ofen haben, um abwechseln zu können, und muß nach Entfernung der breiigen Massen aus den Wundnischen mit Tupfern und, wenn nötig, nach Freilegung versteckter Buchten durch Spaltungen mit Messer und Schere an jeder Stelle das Glüheisen solange einwirken lassen, bis unter dem aufgesetzten Eisen nicht mehr das kochende bräunliche Sekret, sondern etwas Blut hervorkommt. Erst dann ist man in gesundem Gewebe angelangt. Natürlich muß dafür gesorgt werden, daß keine kochende Flüssigkeit außen über die Haut läuft, wodurch schmerzhafte Brandstellen entstehen würden. Liegen größere Arterien und Nerven in der Wundhöhle frei, so müssen sie geschont werden, auf die Gefahr hin, daß später von diesen Stellen ein Rezidiv ausgeht. Hat die Kauterisation genügend gewirkt, so macht sich die Besserung durch das Zurückgehen von Schmerz, Hautrötung und Allgemeinerscheinungen schnell bemerkbar.

Die Wirksamkeit des Ferrum candens als sichersten Zerstörungsmittels lokaler Infektionsherde läßt sich jederzeit auch an Karbunkeln erweisen. Abgesehen von dem Karbunkel bei Diabetes, der ja immer eine sehr schlechte Prognose darbietet, läßt sich jeder Karbunkel durch einmalige gründliche Kauterisation seines Inneren mit dem Glüheisen nach ergiebiger äußerer Spaltung mit Sicherheit zur Heilung bringen. Man muß nur auch hier an jeder Stelle das Glüheisen so lange wirken lassen, bis nicht mehr die grüngelben zähen blasigen Eitermassen herauszischen, sondern bis deutlich Blut kommt. Nur dann kann man sicher sein, alle Staphylokokken vernichtet zu haben. Der Erfolg ist ein überraschender. Schon am nächsten Tage sind Schmerz und Spannung viel geringer geworden, die Rötung der umgebenden Haut ist zurückgegangen, nach Abstoßung des trocken bleibenden Brandschorfes zeigen sich dann gesunde Granulationen und die Heilung nimmt einen ungestörten Verlauf. Mehrere Patienten, die vorher täglich mehrmals mit der Bierschen Saugglocke behandelt waren, äußerten sich schon am Tage nach der Operation ganz glücklich über die fühlbare Besserung, vor allem über die Beseitigung der Schmerzen und über das Aufhören der durchaus nicht schmerzlosen

Digitized by Google

Saugprozeduren. Die Anwendung des Glüheisens in Chloroformnarkose (Äther darf man natürlich wegen der Feuersgefahr nicht nehmen) ist in solchen Fällen also nur scheinbar ein rohes und grausames Verfahren, in Wirklichkeit eine Wohltat für den Kranken und ein sicheres Heilmittel.

Von den verschiedenen Ätzmitteln, welche bei Nosokomialgangrän angewandt werden können, wie Cali causticum, Wiener Ätzpaste, Eisenchlorid, Schwefelsäure, Salzsäure, rauchende Salpetersäure, Chlorzink ist das besonders von König eingeführte Chlorzink am meisten zu empfehlen. Trockenes, nicht kristallisiertes Chlorzink wird mit möglichst wenig Wasser gelöst, mit der Lösung werden Wattebäuschchen getränkt, diese werden ausgedrückt und dann in Narkose in alle Buchten der Wundhöhle hineingestopft, wo sie bis 20 Minuten lang liegen bleiben. Mir ist es immer als ein Nachteil der Ätzmethode gegenüber der Kauterisation erschienen, daß man nicht weiß, wie tief die Ätzung wirkt, während man es bei dem Glüheisen an dem hervorkommenden Blut sieht, wenn man bis zu gesundem Gewebe vorgedrungen ist. Auch bei der Ätzung müssen vorher alle Buchten und Spalten der Wundhöhle mit Messer und Schere möglichst freigelegt und die pulpösen Massen mit Gazetupfern gründlich ausgeräumt werden.

Es wurde oben erwähnt, daß die fibrinösen Auflagerungen auf der granulierenden Wundfläche, welche sich meist als erstes Symptom der Erkrankung zeigen, Ähnlichkeit mit diphtherischen Pseudomembranen haben. Diese Ähnlichkeit ist schon Theophrastus Bombastus Paracelsus im 16. Jahrhundert aufgefallen, welcher schreibt:

„Es ist auch etlich mal begegnet, daß eine gemeine Breune in die Kriegsleut kommen ist; auch also mit allen Zeichen in die Wunde, also daß dicke Heut ab den wunden gangen sind, wie man von den zungen geschelt hat derer, so die Breune hatten; also daß Wunden und der Mund gleich waren, daß ist der die wunden hat, dem sahen sie gleich dem, der die Breune auf der Zunge hatt.“ Auch Felix Würtz spricht in seiner Praktika der Wundarzney von Bräune der Wunden.

Die Ähnlichkeit zusammen mit dem Umstande, daß einigemal bei denselben Personen Nosokomialgangrän und Rachendiphtherie kombiniert aufgetreten sind, hat dazu geführt, daß v. Pitha, Demme und Heine Nosokomialgangrän und Diphtherie irrtümlich für identisch erklärt haben. Die Kombination ist, wo sie auftrat, eine ebenso zufällige wie die Komplikation mit Cholera und Typhus, für deren ätiologische Identität mit Nosokomialgangrän in früheren Zeiten ebenfalls einige Autoren eingetreten sind. Eine gewisse Beziehung zwischen diesen Krankheiten und dem Lazarettbrand besteht höchstens vielleicht insofern, als die Gangrän ge-

Digitized by Google

schwächte Individuen und daher auch Rekonvaleszenten von anderen schweren Infektionskrankheiten mit Vorliebe befällt.

Anders steht es mit der Frage, ob Noma und das Ulcus phagedaenicum der Genitalien mit Nosokomialgangrän identisch sind. Die Ähnlichkeit in dem klinischen Bilde dieser verschiedenen Affektionen ist eine sehr große, und es ist mir von jeher als sehr wahrscheinlich erschienen, daß es sich bei allen drei um ein und dasselbe Virus handelt. Noma bekommt man bei uns ja nur sehr selten zu sehen. In früheren Zeiten trat die Krankheit häufig wie der Lazarettbrand in überfüllten Krankenhäusern endemisch auf, besonders in französischen und holländischen Findelhäusern. Fälle von Ulcus phagedaenicum der Genitalien, besonders bei Männern, kommen in den Kliniken für Syphilis und Hautkrankheiten bekanntlich nicht selten zur Beobachtung. Die Gangrän, welche gewöhnlich von einem Ulcus molle an der Glans oder am Präputium ausgeht, führt häufig zu einer partiellen Zerstörung dieser Teile, kann aber auch auf den Penis übergreifen. Einen besonders desolaten Fall, in dem der ganze Penis durch schnelles Weiterkriechen der Gangrän bis zum Mons veneris zerstört wurde, ist mir von meiner Assistentenzeit her noch in lebhafter Erinnerung.

Die Entscheidung über die Frage der Identität von Nosokomialgangrän, Noma und Ulcus phagedaenicum muß natürlich von bakteriologischer Seite geliefert werden. Die bisher vorliegenden, wegen der Seltenheit der Nosokomialgangrän und Noma noch spärlichen Untersuchungsresultate, sprechen für die Identität, und Dermatologen wie Matzenauer und Rille treten für dieselben ein.

Im Jahre 1893 fand Vincent in einem Hospital in Algier bei Nosokomialgangrän schlanke gradlinige oder leicht geschwungene Bazillen, die in großen Mengen wie durcheinander geworfene Nadeln in dem Gewebe liegen. Durch Verimpfung derselben konnte er bei Kaninchen gangränöse Geschwüre hervorrufen. Bei gangränösen Schankern fanden Matzenauer und Róna dieselben Vincentschen Bazillen, Balzer und Poisot gleichzeitig Vincentsche Bazillen und Ducreysche Schankerbazillen. Matzenauer fand die Vincentschen Bazillen auch bei Noma und hält die Perthesschen Pilzfäden bei Noma für nebensächlich. Häufig scheint eine Symbiose des Vincentschen Bacillus fusiformis mit Spirillen stattzufinden. Weitere Untersuchungen sind sehr wünschenswert.

Literatur.

Pouteau, Cl., Oeuvres posthumes, 1783, Bd. 3. — Dussaussoy, A., Diss. et observ. sur la gangrène humide des hôpitaux. Genève, 1786. — Delpech, J., Mémoire sur la complications des plaies et des ulcères connue sous le nom de pourriture d'hôpital. Paris,

Digitized by Google

1815. — v. Pitha, Beitr. zur Beleuchtung des Hospitalbrandes. Prager Vierteljahrschr. f. prakt. Heilkunde, 1. Jahrg., 1851, Bd. 2. — Demme, H., Militärchirurgische Studien, Würzburg, 1863, S. 180. — Fischer, H., Der Hospitalbrand, eine klinische Studie nach Beobachtungen im verflossenen Jahre, Annalen des Charitékrankenhauses in Berlin, 1865, Bd. 13, Nr. 1, S. 8. — König, F., Über Hospitalbrand, Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann, 1872, Nr. 40. — Kusmin, Ref. im Zentralbl. f. Chir., 1881, S. 798. — Rosenbach, Der Hospitalbrand, Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke, 1888, Lief. 6 (mit vollst. Literaturverzeichnis). — Vincent, Sur l'étiologie et sur les lésions anatomo pathologiques de la pourriture d'hôpital, Annales de l'institut Pasteur, 25. Sept. 1896. — Vincent, La symbiose fuso-spirillaire, ses diverses déterminations pathologiques, Ann. de Dermat. et de Syph., 1905, S. 401. — Matzenauer, Zur Kenntnis u. Ätiologie des Hospitalbrands, Arch. f. Dermatol. u. Syph., 1901, Bd. 55, S. 394; Noma u. Nosokomialgangrän, 1902, Bd. 60, S. 373. — Rille, Lehrb. der Hautkrankheiten, Jena, 1902, S. 51. — Róna, Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. 71, S. 191; Bd. 74, S. 171. — Balzer u. Poisot, Soc. française de Dermat. et de Syph., 7. Juni 1906. — Conradi, Klinische Analyse und therapeutische Bemerkungen über 2500 Fälle aus der Dermatol. Abth. d. Wiener Allgemeinen Poliklinik 1897/98 (Prof. Rille), Diss. Leipzig, 1906.

Versammlungen.

Militärlazarett Tournai.

1. Sitzung am 1. II. 1915.

Dermatologische Demonstrationen.

Riecke (Leipzig) demonstriert:

1. Einen 18jährigen Flieger mit einer kongenitalen Phimose und akuter Blennorrhoe. Die etwas dorsal gelegene Präputialöffnung ist kaum stecknadelkopfgroß. Aus dieser Mündung, welche seit jeher zu gelegentlichen Miktionsstörungen infolge ihrer Enge Anlaß gegeben hat, entleert sich auf Druck eine wässeriggelbe Flüssigkeit. Die mikroskopische Untersuchung ergibt in diesem Sekret reichlich Gonokokken. Es ist also durch die minimale Präputialöffnung eine Tripperansteckung erfolgt. Unter Lokalanästhesie Zirkumzision; aus der Urethra entleert sich rahmiger Eiter. Glans von normaler Beschaffenheit. — Es besteht bei dem Kranken ein ausgesprochener Dermographismus.

2. Einen 22jährigen Musketier mit einer Urticaria chronica; seit vielen Jahren häufige Eruptionen rosaroter Quaddeln; zurzeit bestehen neben Quaddeln noch rosarote, vielfach konfluierende Flecke, unregelmäßig verteilt am Stamm und den Extremitäten. Keine Spur von persistierenden Effloreszenzen. An den vorderen Achselfalten ausgeprägte Wachstumsstriae.

3. Einen 20jährigen Artilleristen mit einer um die Hautfollikel vorzugsweise angebildeten Urtikaria (Urticaria follicularis). Hinweis auf die auffallende Häufigkeit von Urtikaria, speziell von Urticaria factitia im Felde. Pathogenetisch kommt dafür die Wollwäsche in Betracht, welche die Haut in einem latenten Reizzustand erhält. An dem linken Handrücken Verrucae planae.

4. Einen 22jährigen Gefreiten, der folgende Erscheinungen zeigt: Dermographismus; überzählige Warze handbreit unter der linken Mamma, ausgedehnte Verrucae planae an beiden Handrücken; impetiginöses Ekzem in der Peripherie des Anus; Lues II (Leucoderma colli, nässende Papeln perianal und am Skrotum, Angina papulosa und Plaques muqueuses an Mund- und Zungenschleimhaut).

Digitized by Google

5. Drei Soldaten mit weitverbreiteten blauen Flecken (Maculae coeruleae). Hinweis auf die Entstehung dieser Flecken durch Bildung eines grünen Farbstoffs im menschlichen Hämoglobin durch Einwirkung des Kieferdrüsensekrets der Pediculi pubis.

6. Einen 38jährigen Fahrer mit einer generalisierten akuten Dermatitis über dem Stamm und größere Anteile der Extremitäten verbreitet. Starke Rötung und Schwellung, vielfach Nässen, das Skrotum um das dreifache durch entzündliche Schwellung vergrößert. Ursache: Perubalsamanwendung gegen Skabies. Daneben zeigt der Patient eine Schiefer-Anthrakosis.

7. Einen 23jährigen Musketier mit einem die mittleren Partien der oberen Rückengegend und die Sternalregion einnehmenden, gelbroten bis rotbräunlichen, vielfach in Ringen und Halbkreisformen ausgebildeten, makulo-papulösen Exanthem, gelegentlich mit geringer Auflagerung fettiger Schüppchen: Schulfall eines Ekzema seborrhoicum. Außerdem zeigt Patient markante, horizontal verlaufende Reihen von Wachstumsstriae in der Sakralregion.

8. Einen 29jährigen Militärpolizisten mit einem am Rücken, den Nates und besonders an den Streckseiten der Extremitäten ausgedehnten Lichen pilaris. Die Einzeleffloreszenzen haben vielfach einen lividen Farbenton. Dieses Exanthem bei sonst mit normalem Fettgehalt ausgestatteter Haut ist kein Symptom der Ichthyosis simplex im vorliegenden Falle, sondern trägt originären Charakter. Daneben Wachstumsstriae und Dermographismus.

9. Einen 27jährigen Gefreiten mit einer typischen Ichthyosis simplex et nitida und ausgedehnter Keratosis pilaris (Lichen pilaris). Keine Schweißbildung außer an den von Ichthyosis freien Axillargruben, Kubitalbeugen, Kniebeugen und Genito-Cruralfalten.

10. Einen 33jährigen Landsturmmann mit einer Alopecia areata am Okziput und einer frischen Dermatitis papillaris nuchae, welche auf Sublimatspiritus günstig reagiert.

11. Vier Soldaten mit äußerst markanter und weitverbreiteter Anthrakosis, vielfach in langen Streifen. Zwei von den Leuten (sämtlich im Zivilberuf Bergleute) zeigen auch unregelmäßige, weißliche multiple Narben, namentlich in der unteren Rückenhälfte, entstanden durch die beim Kohlenabbau die Haut ätzende Kondensflüssigkeit („Salpeterwasser" in der Bergmannssprache).

12. Einen 22jährigen Musketier, bei welchem eine stark entzündliche Balanitis simplex eine Sklerose an der Umschlagsfalte vortäuscht. Bemerkenswert ist ein aus sehr zarten, eben papulösen Gyri und Halbkreisen bestehendes, schwach bräunlichrotes, leicht desquamierendes und ein wenig infiltriertes Exanthem an der Stirn und am Skrotum. Auf und um die Tonsillen annuläre papulöse Herde, an den Zungenrändern, an Ober- und Unterlippe Plaques muqueuses. Am Halse täuscht ein fleckiges Weiß ein Leukoderma vor. In den Supraklavikulargruben annähernd symmetrisch ovale, weißliche konvexbegrenzte Stellen, Umgebung stärker pigmentiert. Auch am Rücken und am Skrotum depigmentierte Zonen. Diagnose: Balanitis simplex, Lues II (Rezidiv), Vitiligo.

13. Einen 34jährigen Wehrmann, dessen linke Nates zur Hälfte eingenommen ist von einem stark infiltrierten, dunkelroten, papulo-tuberösen, mit reichlichen Schuppenkrusten bedeckten, scharf konvexbegrenzten Exanthem. Der Rand wird von dicht gedrängt stehenden, vielfach konfluenten, halberbsengroßen, papulösen, derben Infiltraten gebildet. Der vielfach in mehr oder weniger parallel laufenden Infiltratstreifen angeordnete Herd führt zu flacher Vernarbung. Tubero-serpiginöses tertiäres Syphilid. Sehr intensive Jod-, Hg- und Salvarsanbehandlung hat keine Besserung bislang ergeben. Erörterung der Differentialdiagnose gegenüber Lupus papillomatosus.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen.

Die Ätiologie des Molluscum contagiosum, von B. Lipschütz-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Als Resultat siebenjähriger Arbeit veröffentlicht Lipschütz die Momente, welche dazu führen, den Erreger des Molluscum contagiosum nicht mehr zu den unbekannten Vira rechnen zu müssen, sondern in dem von ihm beschriebenen Strangyloplasma das ätiologische Moment des Molluskum erblicken zu können. Als Beweise für die ätiologische Bedeutung der Strangyloplasmen für das Molluskum führt Lipschütz an: 1. Die Konstanz der Befunde in den Arbeiten der verschiedenen Forscher, die sich mit dieser Frage befaßt haben; 2. das charakteristisch-morphologische und tinktorielle Verhalten der Elementarkörperchen; 3. die eigenartigen histologischen Bilder, die auf sehr innige Beziehungen der Körperchen zu den erkrankten Retezellen schließen lassen; 4. ihre Reinzüchtung (durch Leber), die in einem Falle bis zur zehnten Passage gelungen ist, und 5. der dem Verfasser geglückte Nachweis der Elementarkörperchen auch in Impfmollusken. Die Details der Färbemethoden und histologischen Forschungen des Verfassers müssen im Original eingesehen werden. O. Lasch-Breslau.

Untersuchungen über das Epithelioma contagiosum der Tauben, von Francesco Sanfelice-Modena. (Zsch. f. Hyg., 1913, Bd. 76, H. 2.) Im Verfolg der (schon früher von mir referierten) Feststellungen, daß die als Erreger des Epithelioma contagiosum angesprochenen „Körperchen" aus degenerierten Kernen stammen, kann Verfasser an neuem Material diese Tatsache bestätigen und gleichzeitig die Abkunft der „Bendaschen Körperchen" von eben diesen Zellelementen nachweisen. Auf der Suche nach der Natur des Virus gelang es dem Verfasser, aus der erkrankten Haut der Tauben, bei Verwendung des Verfahrens zur Extrahierung der Nukleoproteide, eine giftige Substanz zu gewinnen, welche die Krankheit in den gesunden Tauben wieder zu erzeugen vermag. Die Tatsache, daß es trotz 24stündiger Einwirkung von 1%iger Kalilauge auf die erkrankte Haut doch gelingt, mit dem gewonnenen Produkt ganz genau die gleiche Erkrankungsform zu erzielen wie durch Inokulation mit nichtbehandelter erkrankter Haut, ist unvereinbar mit dem Vorhandensein lebender, vermehrungsfähiger Keime. Das Epithelioma contagiosum der Tauben ist vielmehr einem Giftstoff zuzuschreiben, der von den eigenen Zellelementen des erkrankten Hautepithels erzeugt wird und, sobald er in die Haut der gesunden Tauben inokuliert wird, in den betroffenen Zellelementen eine erneute Bildung desselben Giftstoffes veranlaßt. O. Gans-Hamburg.

Hautpigmentation bei Basedow, von Paul Sainton. (Bull. méd., 1914, Nr. 52.) Bei Basedow-Kranken kommt öfters, etwa in einem Viertel der Fälle, Pigmentation der Haut vor. Es sind entweder lokalisierte Pigmentierungen, die meist im Gesicht sitzen und einem Chloasma bei Schwangeren ähnlich sehen; oder es sind diffuse Pigmentflecke, die am Genitale, an den Brüsten und Gelenkbeugen ihren Sitz haben. Schließlich kommt aber noch eine Melanodermie vom Typus der Addisonschen Krankheit vor, die sich mit Zeichen der Nebenniereninsuffizienz kombiniert; dabei können die Schleimhäute frei oder befallen sein. R. Frühwald-Leipzig.

Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut, von L. M. Bonnet. (Lyon méd., 1913, Nr. 52.) Der 28jährige Mann hat Pigmentflecke auf der Wangenschleimhaut und der Unterlippe. Diese physiologische Pigmentierung ist nicht selten.
R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Zur Kenntnis der Melanome, von Benzo Hoda-Japan. (Virch. Arch., 1914, Bd. 215, H. 2.) Verfasser beschreibt einen Fall von allgemeiner schwerster Melanose, der zur Sektion kam. Nach Operation eines Melanoms am Hinterkopf und eines zweiten am rechten Sternokleidomastoideus, trat als Rezidiv und metastatische Verschleppung eine schwere allgemeine Melanose auf. Auf Grund seiner eingehenden histologischen Untersuchungen kommt er zu dem Schluß, daß es sich um einen epithelialen Tumor handelt. Nachweisbares Eisenpigment fehlte hier. Er wirft die Frage auf, ob in den Fällen, wo Eisenpigment gefunden wird, Melanosarkom, wo keines sich findet, Melanokarzinom vorliegt. B. Junghanns-Dresden.

Ein Fall von Akanthosis nigricans, von Alfred Klein. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 33.) Es handelt sich um eine 35 Jahre alte Näherin. Das Wesentliche des Falles bestand in einer Hautveränderung, die man als eine Vergröberung des Reliefs bis zur papillomatösen Wucherung auffassen kann. Nebenbei fand sich eigentümliche schiefergraue Pigmentierung, die besonders an der Bauchhaut hohe Grade erreichte, weiter noch eine ganz ausgesprochene Neigung zur Hyperpigmentation, insofern z. B. Röntgenisierung bei der Patientin eine tief sepiabraune Pigmentation hinterließ. Die Veränderungen fanden sich in besonders hohem Grade an der Bauchhaut, in den Achselhöhlen, an der Halshaut, an allen Gelenkbeugen, an der Innenfläche der Oberschenkel. Außerdem waren sie am intensivsten eben bis zur papillomatösen Beschaffenheit fortgediehen an den Kontaktflächen unter den beiden Mammae, am Genitale, perianal und in den Achselhöhlen. So wie bei anderen bekannten Fällen fand sich bei der Kranken ein maligner Tumor im Abdomen und zwar ein weit fortgeschrittenes Carcinoma ventriculi. Das Bemerkenswerte dieses Falles besteht nun darin, daß die Patientin zur Zeit, als das primäre Karzinom vorhanden war, keine Hautveränderungen aufwies, daß diese sich erst zehn Monate nach der Operation und, wie es scheint, in Abhängigkeit von einem Rezidiv mit Metastasen einstellten. G. Heymann-Elbing.

Ein Fall von Akanthosis nigricans, von Dubois-Havenith. (Policlinique, 1913, Nr. 24.) Der 51jährige Mann erkrankte vor drei Monaten an Juckanfällen; bald darauf trat am Hals und Nacken eine braune Verfärbung auf, die allmählich zunahm. Gleichzeitig verdickte sich die Haut und wurde uneben, rauh, zeigte stärkere Furchen; die Affektion geht allmählich ins Gesunde über. Später traten dieselben Erscheinungen auf der Streckseite der Finger auf. Die Diagnose lautet: Akanthosis nigricans; ein karzinomatöses Leiden wurde nicht gefunden. R. Frühwald-Leipzig.

Resultate der Opotherapie bei Addisonscher Krankheit, von V. Rodriguez Zúñiga. (Rev. Ibero Amer., Juli 1914.) Verfasser hat gute Resultate durch Verabreichung von Nebennierensubstanz gesehen. Der Blutdruck wurde gehoben.
R. Frühwald-Leipzig.

Über einen Fall von Addisonscher Krankheit nach Trauma, von G. Riemann. (Diss. München, 1913.) Bei einem Bahnarbeiter ist drei Monate nach einem Unfall das ausgeprägte Bild des Morbus Addison entstanden und der Zusammenhang mit dem Trauma offensichtlich geworden. Es bestand eine auffällige, immer zunehmende Muskelschwäche, reine rasch zunehmende Pigmentierung und sehr starke psychische Depression. Gastrische Krisen waren weniger ausgeprägt. Der Patient steht noch in Behandlung.
F. Loeb-München.

Über gleichzeitige Addisonsche und Basedowsche Erkrankung, von Herm. Rössle-Jena. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) Im vorliegenden Falle fand sich ein Morbus Addisonii klinisch und anatomisch mit einem Morbus Basedowi zusammen. Mikroskopisch zeigte die Nebenniere eine Granularatrophie fast nur der Rinde, die Schilddrüse das typische Bild einer Hyperplasie bei Basedowscher Krank-

Digitized by Google

heit. Dieser thyreo-suprarenale Symptomenkomplex spricht gegen die Wiener Auffassung, wonach bei BASEDOW durch die besonders innige Verkettung des Paares Nebenniere—Schilddrüse eine Überfunktion des Nebennierensystems mit Erregung des Sympathikus herbeigeführt werde. O. Gans-Freiburg i. Br.

Zur Kenntnis der xanthomatösen Geschwülste, von L. ARZT-Wien. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) 1. Fall. Einjähriges Kind, bei welchem im Anschluß an Darmkatarrh und zahlreiche Abszesse am Rumpf, ebenfalls nur am Rumpf, jedoch an anderen Stellen lokalisiert, eine größere Anzahl halbkugeliger, linsen- bis haselnußgroßer Geschwülste von wechselnd hellroter bis zart blaßgelber bis gelber Farbe auftreten. Sie sind scharf von der Umgebung abgegrenzt, von intakter Haut bedeckt, von derber Konsistenz und gegen die Unterlage gut verschieblich. Histologisch handelt es sich zunächst um eine vorwiegend aus Spindel- und reichlich Riesenzellen aufgebaute Geschwulst mit Schwund des normalen Gewebes und der elastischen Fasern. Da in zeitlich (¼ Jahr später) exzidierten Tumoren jedoch Xanthomzellen vom Typus TOUTON und charakteristische doppelbrechende Kristalle gefunden wurden, will A. die Erkrankung nicht direkt als Xanthoma juvenile ansehen, sondern im ersten Untersuchungsmaterial ein Vorstadium desselben in Gestalt einer Bindegewebsproliferation, vielleicht sogar eines Fibroms.

In einem 2. Falle, 33jähriger Mann, von Prof. RIEHL auf der Wiener Tagung 1913 vorgestellt, ist der ganze Körper disseminiert mit Tumoren von Linsen- bis Hühnereigröße bedeckt; ihre zunächst rötliche Färbung wird immer mehr braun, zum Schluß gelb. Ein zum Schwunde der Prominenzen führender Rückbildungsvorgang hinterläßt als Endresultat an Stelle der ehemaligen Geschwulst eine pigmentierte, atrophische Hautinsel. Nach dem genau geschilderten histologischen Befund entwickelt sich das Krankheitsbild allem Anschein nach aus dem Bindegewebe der Kutis, welchem vielleicht ein Proliferationsstadium derselben vorausgeht. Durch degenerative Vorgänge kommt es zu Veränderungen im Protoplasma der Zellen, späterhin zum Auftreten von typischen Xanthomzellen. Auf Grund der verschiedenartigen Entwicklung zum Xanthom in den beiden Fällen möchte A. — wenn auch mit Vorbehalt — annehmen, daß das Xanthom nur eine Phase in einem Zelldegenerationsprozeß vorstellt, der entweder primär auftreten kann oder sekundär, nachdem eine Bindegewebsproliferation eine Vorstufe gebildet hat.

O. Gans-Freiburg i. Br.

Universelle Neurofibromatose (von RECKLINGHAUSENsche Krankheit), von C. A. ELLIOTT und A. F. BEIFELD-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 17. Okt. 1914.) Die Grundlage für diese Arbeit bildet die Krankengeschichte eines 16jährigen Knaben, bei dem die Diagnose HODGKINsche Krankheit, namentlich in der ersten Zeit der Tumorentwicklung, nicht unbegründet erschien; doch wurde die obige Diagnose auch durch die Biopsie bestätigt. Verff. führen verschiedene Momente aus dieser Beobachtung an zur Begründung ihrer Auffassung des Leidens als eine Äußerung des Status thymicoplasticus sive hypoplasticus. An derartigen Erscheinungen wurden bei dem Knaben konstatiert: Verdickungen lymphatischer Art am weichen Gaumen und spongiöse Schwellung des Zahnfleisches bei allgemein pastöser Beschaffenheit des Gesichts, mäßige Vergrößerung der Milz, Lymphdrüsenschwellungen und persistierende, vergrößerte Thymusdrüse. Die äußeren Zeichen der Pubertät waren wenig entwickelt, und beide Hoden waren nur unvollständig in das Skrotom hinuntergelangt. Bei der Untersuchung von einem der Tumoren wurden auch Mikroorganismen gefunden, doch konnte diesen eine besondere Bedeutung nicht beigelegt werden. Von verschiedenen anderen Verfassern ist schon an einen Zusammenhang des Leidens

Digitized by Google

mit Funktionsstörungen von verschiedenen der geschlossenen Drüsen gedacht worden und Verff. betrachten den Status lymphaticus als ein weiteres Glied in dieser Kette.
A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Kenntnis der Schweißdrüsenadenome, von Giuseppe Frattin. (Policlinico, 15. November 1914.) Bei der 58jährigen Frau fand sich an der Innenseite der rechten großen Schamlippe ein erbsengroßer, glatter, von normaler Haut bedeckter Knoten von elastischer Konsistenz. Bei stärkerer Palpation fühlte man aber eine unregelmäßige, höckrige Resistenz innerhalb des Knotens. Die Haut war mit letzterem verwachsen. Der Tumor wurde exzidiert und erwies sich als ein Schweißdrüsenadenom; einige Unregelmäßigkeiten im Epithel und das rasche Wachstum in der letzten Zeit wiesen aber auf die Möglichkeit einer malignen Umwandlung hin. Es ist daher in solchen Fällen notwendig, rechtzeitig die Diagnose zu stellen und den Tumor zu exzidieren. Verfasser weist auf die makroskopische und mikroskopische Ähnlichkeit mit einem Ovarialzystom hin. R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der malignen Tumoren der Haut, von J. Sequeira. (Brit. m. J., 27. Febr. 1915.) Verfasser gibt eine Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden (Exzision, Röntgentherapie, Radiumtherapie, Diathermie, Kohlensäureschnee). H. Boas-Kopenhagen.

Radiotherapie der bösartigen Geschwülste, von Robert Kienböck-Wien. (Strahlenther., 1915, Bd. 5, Heft 2.) Die vorliegende Arbeit, welche die Drucklegung eines Referates darstellt, das Verfasser auf dem 17. internationalen medizinischen Kongreß in London hielt (August 1913), ist eine erschöpfende Zusammenfassung des heutigen Standes der Therapie der bösartigen Tumoren vermittels Röntgenstrahlen. Das erste Kapitel handelt von der Wirkung der Röntgenstrahlen im allgemeinen auf die malignen Geschwülste. Regression, Schwinden der Schmerzen, Nachlaß der Sekretion, Zurückgehen der Druckerscheinungen auf benachbarte Organe, Besserung des Allgemeinbefindens (Entgiftung des Organismus), Möglichkeit der völligen Heilung, sofern noch keine Metastasen vorhanden. Im folgenden Kapitel wird die Wirkung auf die einzelnen Geschwulstarten im speziellen besprochen, und zwar hauptsächlich nach den eigenen Erfahrungen des Verfassers. Es werden 35 Krankengeschichten mitgeteilt. Auf Grund seiner Fälle kommt K. bei den einzelnen Tumoren im wesentlichen zu folgender Anschauung: 1. Karzinom. Im allgemeinen der Einwirkung der Strahlen zugänglich, meist empfindlicher als gewöhnliches Bindegewebe. Die schmerzstillende Wirkung bleibt nur in seltenen Fällen aus. Es kann fast jedes Karzinom durch die Bestrahlung in günstigem Sinne beeinflußt werden, ganz geheilt werden jedoch nur verhältnismäßig wenige. Es soll daher, wenn ein chirurgischer Eingriff möglich ist, meist sofort zur Operation geschritten werden. 2. Sarkom; die lokale Wirkung ist ähnlich wie beim Karzinom. Heilung kommt jedoch meist nicht zustande, selbst wenn der nachweisbare Tumor durch die Behandlung ganz verschwindet, weil offenbar meist irgendwo Metastasen bestehen (zuweilen kennt man den primären Tumor gar nicht). Am besten auf die Bestrahlung reagieren die Sarkome der Lymphdrüsen und der Haut, das Melanosarkom der Haut und die Mykosis fungoides. 3. Lymphosarkom, malignes Lymphom, Hodgkinsche Erkrankung, Pseudoleukämie, Lymphogranulomatose. Diese reagieren im allgemeinen gut auf Röntgenstrahlen, oft tritt fast vollkommenes Schwinden der Geschwülste ein. Ganz bedeutende Hebung des Allgemeinbefindens, Rückgang des Fiebers, Schwinden der Schwäche und Mattigkeit. Lange Zeit können die Patienten arbeitsfähig und in gutem Zustande erhalten werden. Doch dann stellt sich das Rezidiv wieder ein, die Bestrahlungen müssen

Digitized by Google

wiederholt werden, bis schließlich die Kranken bei neuem Anwachsen der Geschwülste mit Abmagerung und Kachexie zugrunde gehen. 4. Myeloide und lymphatische Leukämie. Außerordentlich günstige Beeinflussung, Heilung jedoch noch in keinem Falle beobachtet.

Im dritten und vierten Kapitel verbreitet sich Verfasser über die allgemeine und spezielle Technik; Einzelheiten hierüber müssen im Originale nachgelesen werden. Aus den beiden folgenden, die einen Vergleich der Strahlenbehandlung mit unblutigen Mitteln einesteils und der Operation andernteils ziehen, sei hervorgehoben, daß hinsichtlich der unblutigen Mittel (intravenöse Injektionen von Cholin, Thrypsin, oder Darreichung von Arsen usw.) die Strahlenbehandlung, vor allem die Röntgenbehandlung, weitaus vorzuziehen ist, höchstens können diese unterstützend in den Bestrahlungspausen herangezogen werden. Einer kombinierten Behandlung redet Verfasser nicht das Wort. Was die operative Behandlung anlangt, so ist zu sagen, wenn die Chancen bei den Strahlen besser sind als beim Messer, so sind die Strahlen zu wählen, aber auch, wenn die Chancen dieselben sind, wären die Strahlen vorzuziehen und zunächst zu wählen. Bei großen oder tiefgelegenen Tumoren, in denen nach dem heutigen Stand der Kenntnisse die Strahlentherapie bedeutend schlechtere Resultate ergibt als die Operation, soll zuerst zum Messer gegriffen werden. Nach allen anscheinend gelungenen Exstirpationen (VII. Kapitel) soll jedoch eine Strahlennachbehandlung vorgenommen werden, um möglicherweise zurückgebliebene Herde zum Schwinden zu bringen. Hinsichtlich der Schädigungen durch Röntgenstrahlenbehandlung (VIII. Kapitel) ist eine solche der Haut unter allen Umständen zu vermeiden, weil man durch Erzeugung einer Dermatitis die Haut dauernd überempfindlich macht und „sich selbst die Hände bindet". Ist die Strahlenbehandlung ungenügend oder bleibt sie ganz aus, so ist es zu verwerfen, wenn dann noch stärker bestrahlt und an Stelle des Tumors ein Röntgenulkus gesetzt wird. Es tritt dann eine schwere Degeneration des Bodens der Geschwulst, des „Wirtgewebes" ein. Epitheliome, bei denen sich die Röntgenbehandlung als refraktär erweist, zeigen durch weitere Fortsetzung der Behandlung eine rasche Verschlechterung, es wird dann statt des kurativen der konträre Effekt erzielt. Die Annahme, daß zu schwache Bestrahlungen auf die Tumoren stimulierend wirken, ist ganz von der Hand zu weisen nach Ansicht des Verfassers. Bei der stimulierenden Wirkung der Strahlen auf Zellen und Gewebe sind zwei Arten zu unterscheiden: 1. Reizwirkung als Vorreaktion, lokal und allgemein, es ist dies ein rasch vorübergehendes und im allgemeinen bedeutungsloses prodromales Stadium im Verlaufe eines degenerativen Zellprozesses. Allgemein kann dabei Mattigkeit, Übelkeit, Erbrechen und Fieber auftreten: initiales, rasch vorübergehendes Exzitationsstadium. 2. Reizwirkung als Hauptreaktion, die nicht von Degeneration gefolgt ist. Dieser ist bei der Behandlung maligner Tumoren nur geringe Bedeutung beizulegen, denn erstens ist die Reizwirkung verhältnismäßig gering und zweitens nur an ganz engbegrenzte Dosen gebunden, es sind dies gerade an der Wirkungsschwelle liegende Lichtmengen „Schwellendosen". Es können daher „Reizdosen" bei wenig empfindlichen Tumoren, absolut genommen, große Dosen sein und nur bei sehr empfindlichen Tumoren ganz kleine Lichtmengen. Es ist deshalb keineswegs als allgemeingültiges Gesetz hinzustellen, daß kleine Dosen Reizdosen seien, die das Wachstum der bösartigen Geschwülste beschleunigten; kleine Dosen sind vielmehr im allgemeinen ganz unwirksam. Damit entfällt auch die Befürchtung, daß die Strahlentherapie bei bösartigen Geschwülsten gefährlich und deshalb zu vermeiden sei. Nur in manchen sehr seltenen Fällen von Karzinom und Sarkom

Digitized by Google

scheinen die Bestrahlungen beträchtlich zu schaden, wenn z. B. eine starke akute Infiltration der Geschwulst und ihrer Umgebung vorhanden ist. Dadurch würde ein ungünstiges Verhältnis in der Radiosensibilität des meist bindegewebigen Bodens der Geschwulst einerseits und des Tumorgewebes andererseits bestehen in dem Sinne, daß das Tumorgewebe weniger empfindlich gegen die Strahlen wäre als der Boden. Dies ist jedoch das Umgekehrte des gewöhnlichen Verhaltens. Bezüglich der Bedeutung der Strahlenbehandlung, wovon das letzte (IX.) Kapitel handelt, unterscheidet Verfasser folgende Gruppen von Fällen: 1. Ganz inoperabele Fälle. Hier kann die Strahlenbehandlung oft Besserung, zuweilen sogar Heilung bringen, jedenfalls Verkleinerung des Tumors und Beseitigung der Schmerzen. 2. In manchen operabel erscheinenden Fällen ist die Strahlenbehandlung lokal wirksamer als die Operation; auch führt sie rasch zu einer Hebung des Allgemeinzustandes durch Unterdrückung der Giftbildung in den Tumoren. 3. Auch in den operabelen Fällen, wo Operation und Strahlenbehandlung gleiche Chancen bieten, ist die letztere dank ihrem schonenden Charakter ein Fortschritt. 4. Die Bedeutung der Kombination von Operation und Strahlentherapie ist in vielen Fällen nicht gering. 5. Die prophylaktische Nachbehandlung mit Strahlen ist schließlich ebenfalls häufig von guter Wirkung. Jedenfalls ist die bisherige fast gänzliche Hilflosigkeit der Ärzte in inoperabelen Fällen nunmehr beseitigt. H. Rausch-Darmstadt.

Beitrag zur Zellerschen Pastenbehandlung, von Lange. (B. kl. W., 1914, Nr. 27.) Verfasser hat mit der Zellerschen Paste experimentelle und klinische Studien vorgenommen, letztere an 3 Karzinomfällen. Das Ergebnis der Untersuchungen gipfelt darin, daß der Paste eine elektive Wirkung auf die Gewebe nicht zukommt, vielmehr karzinomatöses und gesundes Gewebe abstirbt, soweit die Pastenwirkung reicht, und daß nach wie vor bei allen Arten von Geschwülsten einzig und allein die Operation in Frage kommt. Weder bedeutet die schon einmal in Vergessenheit geratene Paste eine Verkürzung noch ein schmerzloseres Heilverfahren. Sie hat ausgedehntere Narbenbildungen im Gefolge, die sich durch Operationen ebenfalls erheblich geringer gestalten lassen. In der Nähe von großen Nerven und Gefäßen ist ihre Anwendung direkt gefährlich. E. Klemm-Leipzig.

Handkrebs als Spätfolge einer Kriegswunde? von H. Coenen. (B. kl. W., 1914, Nr. 35.) Verfasser berichtet über ein den ganzen Handrücken einnehmendes, mikroskopisch als Plattenepithelkrebs festgestelltes Karzinom, das sich im Bereiche einer alten Feldzugsnarbe aus dem Jahre 1866 nach 47 Jahren entwickelt hatte, ein Fall, der bei der Häufigkeit, die sich für die Handschüsse im Kriege herausgestellt hat, des aktuellen Interesses nicht entbehrt. E. Klemm-Leipzig.

Paraffinkrebs; Teer- und Petroleumprodukte als Ursachen der chronischen Reizung und des Krebses, von Benjamin Franklin Davis-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 30. Mai, 1914.) Bei Arbeitern in Teer-, Petroleum- und Anilinwerken, bei Takakpfeifenrauchern, bei Schornsteinfegern, bei Betelnußkauern werden häufiger Karzinome auf der Haut oder den Schleimhäuten beobachtet. Verfasser möchte als ätiologischen Faktor nicht so sehr das mechanische Moment, d. h. die Einwirkung der Fremdkörper auf die Haut oder die Schleimhäute, sondern vielmehr die chronische Reizung durch chemische Stoffe, die in den Teer- und Petroleumprodukten usw. enthalten sind, betrachtet wissen. H. Fendt-Wiesbaden.

Über die Röntgenbehandlung des Hautkrebses, von J. Nordentoft. (Ugeskrift for Laeger, 1914, Nr. 36.) Verfasser wendet die von Kienböck vorgeschlagene „Expeditivmetode" an: die ganze für die Heilung notwendige Strahlenmenge in einer oder jedenfalls in ganz wenigen, schnell aufeinanderfolgenden Sitzungen zu geben. Er er-

Digitized by Google

wähnt 21, im wesentlichen fertig behandelte Fälle. Von diesen sind 16 geheilt und haben kein Zeichen eines Rezidivs während eines Zeitraums gezeigt, der von etlichen Monaten sich bis auf drei Jahre erstreckt. Zwei sind geheilt, kamen aber mit einem Rezidiv wieder, das während der Behandlung bedeutend gebessert wurde. Zwei sind so gut wie geheilt, ihre Behandlung ist aber noch nicht abgeschlossen.

W. Holland-Kristiania.

Über intraepidermoidale Krebsausbreitung und die unter dem Namen „Paget-Krebs" bekannte Erkrankung der Haut, von K. Zieler-Würzburg. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) Nach kritischer Beurteilung seiner eigenen Veröffentlichungen und der neueren Befunde anderer Verfasser kommt Z. zu dem Schluß, daß die Pagetsche Erkrankung nichts anderes ist als der klinische und anatomische Ausdruck des intraepidermoidalen Wachstums eines Karzinoms von Anfang an. Der Krebs kann ein Drüsen- oder Epidermiskarzinom bzw. Melanokarzinom sein. (Mit Recht weist Kyrle auf die Gefahr hin, die eine Bezeichnung anderer als der ursprünglich von Paget gekennzeichneten Brusterkrankung mit „Pagetca" für die Klarheit der Krankheitsbilder haben muß. Der Ref.) O. Gans-Freiburg i. Br.

Über beginnenden Paget-Krebs und über Ekzem bei Karzinom der Mamma, von A. Dietrich-Köln. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) D. untersuchte einen wallnußgroßen, in nächster Nähe der Mammilla gelegenen Tumor aus der Brustdrüse einer 56jährigen Frau, deren Mamma in bezug auf die Epidermis klinisch nichts Besonderes gezeigt hatte. Er fand nun in der Epidermis der Mammilla so überaus typische und für vorgeschrittenen Paget charakteristische Erscheinungen, daß er sie als Anfangsstadien dieser Erkrankung ansehen mußte. Diese Paget-Veränderungen standen nun im Zusammenhang mit der Krebswucherung, die sich vom Grunde der Mammilla mehr oder weniger weit in die Milchgänge hinein erstreckte bis zu einem größeren Knoten, der alveoläre Krebsbildung von plattenepithelartigem Charakter, wenn auch ohne Verhornung und ohne Auftreten von Stachelzellen zeigte. Da klinisch noch jegliches Paget-Symptom fehlte, schließt D., daß Karzinome der Milchgänge, mehr oder weniger oberflächlich gelegen, durch intraepidermoidales Vordringen von der Mammilla aus die Paget-Erscheinungen hervorrufen.

In einem anderen Fall beobachtete D., wie sich über einem klein-alveolären Szirrhus, der die ganze Mamma eingenommen hatte, ein außerordentlich ausgedehntes Ekzema keratodes gebildet hatte; er bezieht dessen mächtige Entwicklung auf die diffuse Ausbreitung der szirrhösen Wucherung im Korium. D. stellt daher zwei verschiedene Folgezustände einer Wechselwirkung von Karzinom und Epidermis einander gegenüber: den Paget-Krebs als Ausdruck des intraepidermoidalen Karzinomzuwachstums und des Ekzema keratodes als Folge einer intrakutanen szirrhösen Wucherung. O. Gans-Freiburg i. Br.

Diagnostik der Varietäten der Hautepitheliome und die sich daraus ergebenden prognostischen Konsequenzen, von J. Peyri (ohne Quellenangabe). Die Ausführungen werden in folgende Schlußsätze zusammengefaßt: Die Hautepitheliome treten in klinisch und histologisch gut definierten und erkennbaren Formen auf; jedem klinischen Typus entspricht ein histologischer. Jedem dieser Typen entspricht ein eigener Verlauf. Die Prognose hängt ab von der klinischen Form, von dem histologischen Aufbau, vom Sitz und von der Verlaufsweise.

R. Frühwald-Leipzig.

Radiumtherapie der Hautepitheliome mit Einzel- oder Massivdosen, von A. Schuyler Clark-New York. (J. Am. m. Assoc., 9. Mai 1914.) Verfasser hat

Digitized by Google

früher schon die Hautepitheliome mit Einzeldosen von Röntgenstrahlen behandelt und hat hierbei weniger Rückfälle gesehen als bei der Behandlung mit geteilten Dosen. Diese Erfahrung ausnutzend, behandelt er jetzt die Hautepitheliome auch mit Einzel- oder Massivdosen von Radium. Er arbeitet mit einer Zelle, die 2,55 mg Radiumbromid enthält mit einer Radioaktivität von 1 300 000. Die Bestrahlungen dauern 12—24 Stunden, je nach der Tiefe und der sonstigen Art der Erkrankung. Die kosmetischen Erfolge werden als äußerst günstig bezeichnet.

H. Fendt-Wiesbaden.

Epitheliom der Lider, von C Fisher-Rochester. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) Verfasser verfügt über eine Serie von 88 Fällen von Epitheliom (Ulcus rodens) der Augenlider, und nach seinen Erfahrungen ist die operative Behandlung, Exzision des Tumors mit oder ohne nachherige Applikation des Glüheisens oder auch, bei geringem Umfang des Tumors und je nach der Lokalisation, Zerstörung mit dem Glüheisen allein, die rationellste Therapie. Sonstige Behandlungsmethoden mit Radium, Röntgenstrahlen oder Ätzpasten kommen erst in zweiter Linie in Betracht, da sie unsichere Resultate liefern und langwierige Kuren darstellen. Es ist beachtenswert, daß von allen den fünf Patienten der ganzen Serie, welche bei der Aufnahme eine Beteiligung der Lymphdrüsen aufwiesen, nur einer noch nicht mit Pasten oder Röntgenstrahlen behandelt worden war. Überhaupt kamen die Kranken durchweg spät zur Behandlung; im Durchschnitt hatte das Gewächs fünf Jahre schon bestanden und war in einigen Fällen 15—25 Jahre alt. Die Resultate waren gut bei allen Fällen, bei denen der Tumor auf Augenlid und Kanthus beschränkt war. Von 33 solchen Fällen blieben 94% geheilt und mindestens ein Jahr rezidivfrei; sobald die Orbita mit beteiligt ist, stellt sich das Resultat ganz anders dar, und bei 13 solchen Fällen mußten 80% als nicht dauernd geheilt geführt werden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zwei Fälle von Lymphosarkom des Halses. Chirurgische Entfernung in Verbindung mit Radium- und Röntgentherapie, von Bégouin-Bordeaux. (Strahlenther., 1915, Bd. 5, Heft 2.) In dem einen Falle handelte es sich um einen Tumor von der Größe einer länglichen Orange an der linken Vorderseitengegend des Halses. Bei der Operation erwies sich der Tumor aus einer breiigen Masse bestehend, die auseinander bröckelte und stark blutete. Nach Entfernung der Hauptmasse blieben überall nicht exstierpierbare Geschwulstteile zurück. Die Operation war also unvollkommen. Am vierten Tage danach wurde ein 18 cg reines Radiumbromid enthaltendes Röhrchen mit 0,3 mm Silberfilter eingeführt und 28 Stunden lang belassen. Sechs Tage später nochmals acht Stunden lang. Danach wurden intensive Röntgenbestrahlungen vorgenommen, hohe Dosen, 8—9 H, mit 3—4 mm Alum.-Filter. Acht Monate nach der Operation war das Operationsgebiet weich, ohne jede Tumorbildung, keine Spur eines Rezidivs, der allgemeine Gesundheitszustand war vollkommen zufriedenstellend. Der zweite Fall ähnelte nach Sitz und Größe dem ersten und wurde in ähnlicher Weise behandelt mit gleichem Resultate. In beiden Fällen war übrigens durch die histologische Untersuchung die Diagnose Lymphosarkom gesichert. Wenn auch die Beobachtung noch zu kurz ist, um von definitiver Heilung zu sprechen, so ist doch der erzielte Erfolg sehr beachtenswert in Anbetracht dessen, was die Chirurgie allein bei den Lymphosarkomen mit unvollkommener Operation auszurichten vermag.

H. Rausch-Darmstadt.

Digitized by Google

Regressive Ernährungsstörungen.

Über phlebogene Schmerzen, von L. EDINGER. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Schmerzen durch Varizen in den Venen sind kein seltenes Vorkommnis. Daß sie vielfach verkannt, daß andere Diagnosen, namentlich die der Ischias und des Muskelrheumatismus gestellt werden, ist bekannt. Praktisch am wichtigsten ist die Therapie. Bewegung, Hochlagerung der Beine usw. ist natürlich nützlich, aber beides bewahrt nicht vor der meist gegen Abend eintretenden Anfüllung mit ihren Schmerzen. Sehr zweckmäßig ist eine nicht zu feste Kompression des Zufuhrgebietes, also bei Schmerz in der Kniekehle etwa die des Unterschenkels. Wegen der Möglichkeit der Anstauung bedarf es immer der Versuche, wie hoch herauf sie gelegt werden darf, und wegen der Kompression der äußeren Venen der Versuche, wie fest sie sein soll. Mäßige Kompression der Peripherie durch einen Gummistrumpf mit seitlicher Schnürung ist das beste. G. Heymann-Elbing.

Die Behandlung der Krampfadern und der Unterschenkelgeschwüre, von O. NORDMANN-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 48.) NORDMANN betont, daß die Hauptschwierigkeit der Heilung der varikösen Unterschenkelgeschwüre — dieser Crux medicorum — darin liegt, daß die notwendigste Maßnahme: „Beseitigung des Kausalmomentes, d. h. vieles Stehen und schlechte Hautpflege", infolge der sozialen Stellung des Patienten undurchführbar ist. NORDMANN verwirft die Gummistrümpfe und empfiehlt eher die STEPHANschen Strümpfe aus Leinen mit eingenähten Dochten, ferner regelmäßiges Wickeln der Beine mit der TEUFFELschen Krampfaderbinde jeden Morgen vor dem Verlassen des Bettes; Hochlagerung der Beine während der Nacht und, wenn irgend möglich, auch stundenweise am Tage. Anregung der Zirkulation durch Massage; rissige und ekzematöse Haut mit Zinköl einfetten. Bestehende Ulzera müssen durch Kamillenbäder und feuchte Verbände mit 3% Borsäure oder Kampferwein gereinigt werden; bei letzteren kein BILLROTH-Battist, das gereinigte Geschwür mit Argent. nitr.-Perubals.-Salbe oder Pellidolsalbe, die umgebende Haut mit Zinköl verbinden. Dann gibt er eine ausführliche Darlegung der Technik für die Anlegung von Zinkleimverbänden oder BAGUTONschen Heftpflasterverbänden mit Klebrobinden (TEUFFEL-Stuttgart), vgl. Original. NORDMANN ist der Meinung, daß die syphilitische Natur der Ulcera cruris häufig übersehen wird und daß man viel häufiger Jod geben sollte; eventuell Transplantation. O. Lasch-Breslau.

Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Venennaht, speziell der sapheno-femoralen Anastomose bei Varizen, von ERICH HESSE und WILHELM SCHAACK-Petersburg. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 89, Heft 2 u. 3.) Die Untersuchung eines 515 Tage alten Präparates einer Venennaht vom Menschen ergibt: Um die Nahtstelle herum besteht nach dieser Zeit eine kleinzellige Infiltration. Die Seidenfäden rücken von der Intima ab und werden auch in der bisher längsten Beobachtungszeit nicht resorbiert. Die Muskelelemente sind in allen Schichten der Gefäßwand erheblich verringert, teilweise sogar vollständig geschwunden. Das Bindegewebe ist stark vermehrt und wird eine erhebliche hyaline Degeneration beobachtet. Die elastischen Elemente unmittelbar an der Nahtstelle sind verringert. Die wellenförmige Anordnung ist gestört und die Kontinuität der einzelnen Faserbündel unterbrochen. Die elastischen Fasern sind in allen Schichten der Gefäßwand der transplantierten Saphena gut erhalten. Somit erhält die Saphena ihren elastischen Apparat, und verstärkt ihn scheinbar unter dem Einfluß der verstärkten Funktion. W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Zur Therapie der Hämorrhoiden, von SEEMANN-Berlin. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 43.) Verfasser empfiehlt die Pessar-Suppositorien BRAUN. Dieses Instrument dient in seiner Eigenschaft als Pessar dazu, durch längeren Druck auf die Hämorrhoiden diese zum Abschwellen und Schwinden zu bringen. Zu diesem Zwecke ist ein Mantel aus Hartgelatine vorgesehen, unter welchem die Salbenmasse langsam schmilzt und welcher bis zu seiner eigenen Auflösung (etwa 20—30 Minuten Dauer) gleich einer Weichgummipelotte mit sanftem wohltuendem Druck auf die Hämorrhoiden wirkt. Die dann einwirkende Salbenmasse hat die Zusammensetzung: Resorcini 0,025, Bismuth. oxyjodtannat. 12,5, Zinc. oxydat. 12,5, Ol. cacao 74.85. In schweren Fällen wird jeden Abend ein Stück eingeführt. Verfasser hat mit Erfolg viele Fälle damit behandelt und bringt vier Krankengeschichten.

B. Junghanns-Dresden.

Zur Therapie des Hämorrhoidalleidens, von J. JÜNGERICH-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 44.) Ein gutes Mittel zur Bekämpfung des Hämorrhoidalleidens und seiner Nebenerscheinungen soll das Bismolan sein (Vial & Uhlmann), das sowohl als Suppositorium als auch als Bismolangleitsalbe in den Handel kommt.

A. Fischer-Dresden.

Behandlung variköser Ulzerationen mit Käse, von G. O. WILLIAMS-Greene (M. Record, 13. Sept. 1913.) Seit Monaten bestehende offene Geschwüre an der Vorderseite des Unterschenkels einer 50jährigen Frau zeigten bei der ersten Beobachtung Durchmesser von 5 × 7 cm; dabei waren der ganze Unterschenkel und Fuß dick geschwollen. Verfasser legte Verbände mit frischem Käse an („Quark"), den er mit gleichen Teilen Sahne und Wasser verdünnte, um eine pastenartige Konsistenz zu bekommen. Der frisch angelegte Verband war gewöhnlich schmerzhaft und mußte alle 5—6 Stunden erneuert werden, weil er innerhalb dieser Zeit vollkommen eingetrocknet war. Unter dieser Behandlung trat ganz auffällige Besserung ein, binnen weniger als drei Wochen war alles mit glatter Narbe geheilt, obwohl die Patientin dauernd auf den Füßen gewesen war und schwere Arbeit verrichtet hatte.

W. Lehmann-Stettin.

Chirurgische Behandlung des varikösen Ulkus durch totale Resektion der Varizen, von CHAZALNOEL. (Thèse de Paris, 1913.) Venenligaturen und partielle Resektionen führen leicht zu Rezidiven, während von einer möglichst ausgiebigen Totalexstirpation der kranken Venen Dauerresultate zu erwarten sind. Dabei ist diese eingreifende Methode im allgemeinen weder von alsbaldigen noch späteren ernsten Komplikationen gefolgt. Sie ist auch prophylaktisch wertvoll.

F. Loeb-München.

Behandlung des chemischen Ulcus cruris, von W. R. SPEIRS-Southport. (Brit. m. J., 27. Dezember 1913.) Verfasser hat seit mehreren Jahren nach folgender Vorschrift behandelt: Nach gründlicher Reinigung der betreffenden Extremität mit warmem Wasser unter Zusatz von Karbolsäure und Verwendung von Karbolseife wird, ohne erst abzutrocknen, das Ulkus samt Umgebung einem Spray von reiner schwefeliger Säure ausgesetzt. Tiefere Höhlungen der Geschwüre werden dann mit pulverisierter Borsäure ausgefüllt. Dann wird das ganze Glied mit Heftpflasterstreifen in der bekannten Weise umwickelt. Unmittelbar vor dem Anlegen werden die Heftpflasterstreifen in eine heiße Lösung von 5%iger Karbolsäure getaucht. Zum Schluß wird mit einer Binde umwickelt, und der Patient kann, sobald der Verband trocken geworden ist, sich entfernen. Gewöhnlich kann der Verband außer im Anfang der Behandlung und bei stark eiternden Geschwüren acht Tage liegen bleiben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Eine Modifikation des Unnaschen Zinkleimverbandes, ein Beitrag zur Behandlung des Ulcus cruris, von J. Priester-Budapest. (W. m. W., 1914, Nr. 46.) Die Behandlungsvorschrift besteht darin, nach der Reinigung das Geschwür mit einem passenden Stück Billroth-Battist zu bedecken. Hierauf wird der Unterschenkel mit Zinkleim bestrichen, über den Billroth-Battist kommt Xeroform- und andere Gaze, dann werden eine bis zwei Mullbinden angelegt und gleichzeitig mit Zinkleim getränkt; nach dem Festwerden des Verbandes kann der Patient auftreten, der Verband wird gewechselt, sobald die Wundsekrete durchdringen.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung des Ulcus cruris chronicum mit Radiumemanation, von Dr. Johann Saphier-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 19.) Der Verfasser hat bei insgesamt 21 Fällen von Unterschenkelgeschwüren das Radium verwendet, und zwar anfangs in der Form eines Emanationswassers von 20 000—30 000 ME., später auch in Form von pulverisierten Radium-Keil-Tabletten. Mit emanationshaltigem Wasser getränkte Wattelappen wurden auf die vorher mit Wasserstoffsuperoxydlösung gereinigten Ulzera appliziert, der Umschlag wurde mit Billroth-Battist oder Guttaperchapapier abgedichtet und durch Verband befestigt; am nächsten Tage wurde ein Borsalbenverband angelegt, nur bei schwacher Reaktion wurde der Radiumumschlag wiederholt. Die Radium-Keil-Tabletten, die als Streupulver zur Verwendung kamen, verursachten in den ersten Stunden nach der Applikation sehr heftige Schmerzen. Zehn Fälle konnten geheilt entlassen werden, sechs Fälle zeigten eine wesentliche Besserung und fünf Fälle erwiesen sich refraktär. Es scheint notwendig, eine Auswahl der für die Behandlung mit Radium geeigneten Fälle zu versuchen; jedenfalls ist die Radiumemanationsbehandlung als eine Bereicherung der therapeutischen Behelfe gegen diese oft sehr hartnäckige Krankheitsform zu bezeichnen.

W. Lehmann-Stettin.

Einige praktische Punkte bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren, von A. Ravogli-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 1. August 1914.) Die Ulzerationen haben drei Perioden aufzuweisen: 1. Nekrose, 2. Schorfbildung, 3. Heilungsprozeß. Nach diesen muß sich die Behandlung richten. Die erste Periode, die Nekrose, zeigt akute Entzündungserscheinungen und ist schmerzhaft. In diesem Stadium dürfen weder Salben noch Pasten angewendet werden, da sie die Schorfablösung der gangränösen Massen erschweren, Sekretionsretentionen veranlassen und die Entzündungserscheinungen vermehren. Am besten wirken hier 80—90° F heiße antiseptische Lösungen von Natrium bicarbonicum oder biboracicum; bei übelriechenden Geschwüren Sublimatlösungen 1:5000—2000. Sobald die Wunde nicht mehr riecht, muß man jedoch zu milderen Antiseptizis zurückkehren, da das Sublimat zu sehr reizt. In manchen Fällen, besonders wenn der Bacillus pyocyaneus gefunden wird, sind heiße 1—2%ige Phenollösungen sehr nützlich. Die Schmerzen verschwinden bald bei horizontaler Lage mit etwas erhobenem Beine. Sobald sich die Oberfläche des Geschwürs gereinigt hat, müssen Mittel angewendet werden, welche die Granulationen fördern, die Sekretion aufheben und die Oberfläche sterilisieren. Jetzt können Salben angewendet werden, z. B. 10—50%ige Perubalsamsalbe. Zur Epithelisierung sind sauerstoffproduzierende Mittel die besten. Unna empfiehlt hierzu besonders das Acidum pyrogallicum und das Ichthyol. Ravogli gebraucht Diachilonsalbe, eine Drachme Ichthyol auf eine Unze Salbe, auch Petroleum mit 2% Borsäure. Bei sehr schmerzhaften und reizbaren Geschwüren gebraucht er eine Mischung von 20 Gran Kalomel auf eine Unze Unguentum zinci benzoatum. Sehr empfohlen wurde der Gebrauch von Scharlachrotsalben; sie verursachen jedoch

Digitized by Google

unter Umständen Vergiftungen mit Nierenaffektionen und Albuminurie, und Dermatitis. Ferner werden empfohlen basisches Fuchsin und Pasten mit Pikrinsäure. Nach R.s Erfahrung muß man Pasten vermeiden, da sie eine dicke Kruste bilden, den Abfluß des Serums verhindern, die Granulationen reizen, die Eiterung vermehren und die Keratoplastik verhindern. Sobald die Oberfläche frei von nekrotischem Detritus ist, muß man sein Augenmerk auf den Heilungsprozeß richten. Um die Granulationen in Schranken zu halten, muß man alle 2—3 Tage mit 3—6%igen Argentumlösungen oder mit Jodtinktur pinseln und zum Schluß Salbenverbände anlegen. Bei Verdacht auf Syphilis Merkur.-Pflaster. Oft ist chirurgische Behandlung notwendig; die kallösen Ränder müssen entfernt werden, Inzisionen nach NUSSBAUM, eventuell Transplantation von Epidermis nach THIERSCH müssen vorgenommen werden. Bei großen Varikositäten müssen Venen unterbunden oder exstirpiert werden. Bei Lues Medikation von Jodkalium, bei Konstipation und Gicht der Gebrauch alkalischer Purgative, bei Anämie und Unterernährung Eisen, Digitalis, Nux vomica. Nach der Heilung müssen Rückfälle verhütet werden. Täglich zweimal baden, Massage mit 2%iger alkoholischer Phenollösung, abtrocknen und pudern mit Reispuder oder Talkum. Ferner soll der Patient bei Tage einen gut gefütterten, elastischen Strumpf tragen. F. John-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Plötzlicher Tod nach einer Lumbalpunktion, von VEDEL, ROGER und BLOUQUIER DE CLARET. (Prov. méd., 1914, Nr. 28.) Bei einem Syphilitiker traten bereits kurze Zeit nach Erwerb des Schankers, während gerade, noch nicht charakteristisch, die Roseola erschien, Erscheinungen von Meningitis auf, die durch die Beschaffenheit der bei einer Lumbalpunktion erhaltenen Spinalflüssigkeit bestätigt wurde. Auf merkurielle Behandlung hin trat Besserung ein, so daß Patient nach sechs Wochen mit nahezu vollständig normalem Liquor das Krankenhaus verließ. Bereits zwei Wochen später hatten sich die meningitischen Erscheinungen in derselben Stärke wieder eingestellt, so daß eine erneute Lumbalpunktion vorgenommen wurde, nunmehr die vierte an diesem Patienten. Während die ersten drei Punktionen durchaus gut vertragen worden waren, trat kurze Zeit nach dieser Punktion heftigste Exazerbation der Kopfbeschwerden und im ganzen vier Stunden nach der Punktion der Tod unter den Erscheinungen der Asphyxie ein. Nach Ansicht der Verfasser weist die respiratorische und zirkulatorische Paralyse, unter deren Erscheinungen der Exitus erfolgte, auf einen bulbären Chok als Ursache hin, der seinerseits wieder veranlaßt worden sein soll durch einen Druck des Kleinhirns gegen den Bulbus infolge raschen Ausströmens der Zerebrospinalflüssigkeit. Auffallend ist die reichliche Menge des abgelassenen Liquors (20 ccm). Die klinische Entwicklung der Fälle stellen sich Verfasser so vor, als ob aus der zuerst diffusen Meningitis sich eine abgeschlossene, seröse, zirkumskripte Meningitis der Kleinhirnregion gebildet habe.

E. Klemm-Leipzig.

Die Heilung der verschiedenen Formen des chronischen Rheumatismus und der Arthritis deformans auf dem Wege urogenitaler Chirurgie, von E. FULLER-New York. (M. Record, 18. Okt. 1913.) Verfasser teilt eine Reihe Krankengeschichten mit, in denen die von ihm angegebene Eröffnung der Samenbläschen zu den weitgehendsten Konsequenzen geführt hat. Nicht nur blennorrhoische Erkrankungen der Gelenke, sondern auch andere rheumatische Leiden sind auf diesem Wege der Heilung

Digitized by Google

zugeführt worden. Die mitgeteilten Krankengeschichten sind nur eine Probe aus einer Serie von 346 Fällen, die Verfasser bisher auf diesem Wege behandelt hat.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. Zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des Ulcus molle von C. Bruck-Altona. (M. m. W., 1915, Nr. 4.) In einer größeren französischen Stadt konnte Verfasser in vielen Fällen bei Erkrankung von Soldaten an Geschlechtskrankheiten das infizierende weibliche Individuum feststellen und ins Krankenhaus zur Untersuchung und Behandlung abführen lassen. Er konstatierte dabei, daß gelegentlich eine Frauensperson massenhaft Ducreysche Streptobazillen im Urethral- und Vulvarschleimhautsekret beherbergen und bei Männern typische Ulcera mollia hervorrufen kann, ohne selbst irgend eine Spur eines Ulcus molle klinisch aufzuweisen. Auch fiel es Verfasser auf, daß ebenso bei blennorrhoischer Infektion das Sekret der Zervix oft massenhaft Gonokokken enthielt, ohne irgendwelche klinische Erscheinungen an der Schleimhaut hervorgerufen zu haben. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Bedeutung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Felde, von Lenzmann. (M. m. W., 1915, Nr. 7.) Die Zahl der Geschlechtskranken beim Heere ist immerhin keine ganz geringe, und die für die Besatzungstruppen in Belgien bei Kriegsbeginn erlassene Verfügung, alle derartig erkrankten Krieger in die Heimat zur Behandlung zu überweisen, wurde bald aus verschiedenen Gründen wieder aufgehoben. Verfasser hat in Brüssel als Chefarzt eines Feldlazaretts bereits 450 Fälle zu behandeln gehabt, wobei sowohl Lues als auch Ulcus molle und Blennorrhoe vertreten waren. Für die Syphilisbehandlung hat er dabei das Neosalvarsan bevorzugt; er gibt in der Regel im Laufe der ersten neun Tage mit dreitägigen Intervallen vier intravenöse Injektionen, im ganzen 1,35 Neosalvarsan, mit der kleinen Dosis I beginnend und bis auf 0,45 für die zwei letzten Gaben steigernd. Hieran schließt sich dann eine Quecksilberkur, wobei Hydrargyrum salicylicum in Dosen von 0,1 in Paraffinum liquidum mit viertägigen Zwischenräumen intramuskulär verabreicht, sich als ein sehr zweckmäßiges Verfahren bewährte. Zur Kontrolle der Resultate bedient sich L. des v. Dungernschen Syphilisdiagnostikums — für zweifelhafte Fälle wird allerdings die exakte Wassermann-Reaktion herangezogen. Es gelingt auf diese Weise, sehr viele Kranke in relativ kurzer Zeit wieder dienstfähig zu entlassen. Zur Behandlung der Blennorrhoe kommt zunächst Protargol in Betracht; nach Zurückgehen der eitrigen Sekretion werden Spülungen mit Kalium permanganicum und schließlich Injektionen mit Zinc. sulphuric. und Plumbum aceticum nach altbewährtem Muster gebraucht. Ulcera mollia werden mit Acid. carbol. liquef. betupft und sonst antiseptisch behandelt. A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Unsere Wiener Kollegen Dr. Benjamin Lipschütz, gewesener Assistent der Abteilung von Prim. Dr. Rusch am Krankenhause Wieden, Dr. Wilhelm Lier, Assistent der Abteilung von Prof. Ehrmann, und Priv.-Doz. Dr. Richard Volk befinden sich unter den Kriegsgefangenen der Besatzung von Przemysl.

Dr. Moriz Ehrlich, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Dresden, hat das Eiserne Kreuz erhalten.

Prof. Franz von Krzysztalowicz-Krakau ist zurzeit als Abteilungschef im Festungsspital Nr. IV in Krakau tätig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. April 1915 | Nr. 17 | Band 60

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Dr. Louis Merian, Zürich.

In der vorliegenden Arbeit habe ich versucht, einen Beitrag zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Menschen- und Tierhaut zu liefern. Bei der Schilderung der histologischen Bilder habe ich mich der in der menschlichen Dermatologie gebräuchlichen Ausdrücke bedient.

Die Hautstücke wurden im steigenden Alkohol gehärtet und in Zelloidin eingebettet. Zur Färbung der Schnitte bediente ich mich nicht nur der überall gebräuchlichen Methoden, die hauptsächlich nur eine Kernfärbung der Zellelemente bewirken, sondern der von Unna angegebenen Protoplasmafärbungen, der polychromen Methylenblau-Glyzerinäther-Methode und der Pappenheim-Unnaschen Methode.

Obwohl ich mir bewußt bin, daß das mir zur Verfügung stehende Material viel zu klein ist, um das in der Histopathologie der Tierhaut herrschende Dunkel zu lichten, so glaube ich doch, daß es mir gelungen ist, einige neue Tatsachen zu finden und neue Gesichtspunkte festzustellen, die für die Beurteilung der Tierhautkrankheiten von Wichtigkeit sind. Bei der Deutung sehr schwieriger Verhältnisse habe ich den stets hilfreichen Rat meines hochgeehrten Lehrers, Herrn Professor Unna, eingeholt, den er mir auch in der gewohnten liebenswürdigen Weise zuteil werden ließ. Die Hautstücke der pathologisch veränderten Tierhaut verdanke ich dem Direktor der Tierarzneischule in Zürich, Herrn Professor Zschokke, und meinem Freunde Herrn Dr. med. vet. H. Heusser, Assistent an der Tierarzneischule. Ich erlaube mir an dieser Stelle den genannten Herren meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

1. Der Ruß des Ferkels
(Pechräude, Borkenausschlag, Ferkelausschlag).

Der Ruß des Ferkels ist eine ekzematöse Erkrankung, die meistens heruntergekommene, schlecht und unzweckmäßig genährte, jugendliche Tiere befällt[1]). Am meisten entwickelt sich der Ruß im Anschluß an

[1]) Walther, Der Ruß der Ferkel. Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinärmedizin. 1890, S. 140.

Digitized by Google

eine Infektionskrankheit, so z. B. nach chronischer Schweinepest. Nach Heller spielt der Nahrungswechsel der säugenden Säue ein prädisponierendes Moment. In der humanen Medizin trifft man ganz ähnliche Verhältnisse. Heller erinnert an die Bedeutung des Nahrungswechsels der menschlichen Ammen für die Entwicklung der Säuglingsekzeme[1]). Der Ruß hat keine typischen Lokalisationsstellen; er kann an jeder Hautpartie seinen Anfang nehmen und sich von da über die ganze Hautoberfläche verbreiten. Nach den Beobachtungen der meisten Autoren hat man es beim Ruß der Ferkel mit einer sehr leicht übertragbaren Krankheit zu tun. Der Ausschlag befällt sämtliche Ferkel des Mutterschweins und greift sehr oft auf die Ferkel anderer Säue sowie auch auf die Brustwarzen der Muttertiere über[2]) [3]). Die Krankheit ist immer von einem starken Jucken begleitet, die angegriffenen Hautpartien zeigen sich anfangs gerötet und geschwollen, im sogenannten Erythemstadium[4]). Auf dieser geröteten, geschwollenen und serumdurchtränkten Haut schießen Bläschen auf, welche platzen und eine seröse Flüssigkeit entleeren. Das ausgetretene Serum erstarrt dann zu einer zuerst honiggelben Kruste, die nach und nach eintrocknet und sich dunkel verfärbt und deshalb dem Ekzem den Namen Ruß oder Pechräude eingetragen hat. Die Ursache der dunkeln (graubraunen) Farbe ist zumeist der zwischen den Krusten und Epidermisschuppen verstreute Schmutz. Da dieses Symptom sich sozusagen bei allen Dermatosen des Schweins wiederholt, so ist es denkbar, daß unter „Ruß" keine genetisch einheitliche Krankheit getroffen wird, sondern verschiedenartige. Unter diesen Krusten näßt die Haut weiter; die Krusten nehmen dadurch an Dicke zu und sperren das darunterliegende Sekret ab. Die um die Borken liegende Haut ist rot und geschwollen. Unter günstigen Umständen trocknen die Borken vollkommen ein; das darunterliegende Sekret wird spärlicher, die benachbarte, gerötete Haut schwillt ab; die erkrankten Hautstellen überziehen sich wieder mit Hornschicht, es treten keine neuen Bläschen mehr auf. Das Tier erholt sich wieder und zeigt größere Freßlust, die Haut schilfert lange Zeit nachher ab. Ulrich beobachtete einhergehend mit den Hauterscheinungen Anschwellungen der Knie und Sprunggelenke. Gastrointestinale Erscheinungen sind nach seiner Ansicht die Ursache der Haut- und Gelenkaffektionen[5]).

Friedberger und Fröhner sind der Meinung, daß die Hautverände-

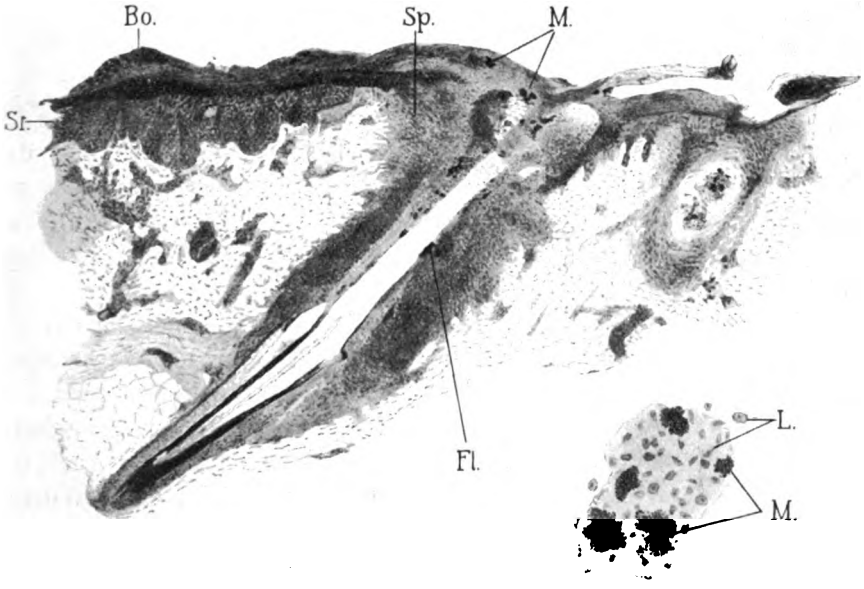
---

[1]) Heller, Die vergleichende Histopathologie der Tierhaut. Berlin 1910, S. 123. — [2]) Hutyra-Marek, Spezielle Pathologie und Therapie der Haussäugetiere. Jena 1909. — [3]) Walther, l. c. — [4]) Sohnle, Über den Ruß der Ferkel. Repertorium der Tierheilkunde. Stuttgart 1891. — [5]) Ulrich, Borkenausschlag bei Ferkeln. Wochenschrift für Tierheilkunde und Viehzucht, 1870.

Digitized by Google

rungen nur als Nebenerscheinung einer inneren Erkrankung aufgefaßt werden müssen, die mit der Skrofulose des Menschen verglichen werden können [1]).

Die Tiere zeigen im Allgemeinbefinden entweder keine Störungen, oder Freßunlust, Abgeschlagenheit und Krämpfe. Nahrungsänderung der Muttertiere (Darreichung von Glaubersalz, Kalomel usw.), Einreiben der geschwollenen Gelenke mit Fischtran, Seifen und Kleiewaschungen, gute Fütterung, Desinfektion und Reinhalten des Stalles kommen als therapeutische Maßnahmen für Mutterschwein und Ferkel in Betracht [2]).



Ohr. Das Präparat veranschaulicht sehr deutlich das in die Tiefe Wandern der Morokokken. Bo. = Borkenbildung, Sp. = Spongioide Umwandlung der Stachelschicht. M. = Morokokkenhaufen, Fl. = Follikulitis und Perifollikulitis und Anhäufung von Leukozyten um die Morokokkenhaufen, L. = Leukozyten.
Rechts unten: Bei starker Vergrößerung, Morokokkenhaufen von Leukozyten umgeben.

Die mir zur mikroskopischen Untersuchung zur Verfügung stehenden Hautstücke stammen vom Ohr eines Ferkels, welches noch an anderen Körperstellen ekzematöse Veränderungen aufwies.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht gibt uns sehr wechselnde Bilder. An einigen Stellen zeigt sie sich vollkommen normal, nur aus einigen übereinandergelagerten Zellagen bestehend und noch fest mit der Unterlage verwachsen. An anderen Stellen hingegen ist sie

[1]) Friedberger und Fröhner, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886. — [2]) Vgl. Schindelka, Hautkrankheiten bei Haustieren. Wien 1908, 2. Aufl. Walther, l. c. usw.

Digitized by Google

von der Unterlage losgelöst, und es stehen die sie zusammensetzenden Hornlamellen, mit Serum gefüllte Räume zwischen sich lassend, weit voneinander ab. Auf einer anderen Stelle ist es zu einer starken Borkenbildung gekommen, die Hornlamellen liegen etagenförmig übereinander, die Zwischenräume sind mit Netzwerk von Fibrinfäden und Serum gefüllt, in welchen sich Leukozyten und maulbeerförmige Haufen von Kokken, Unnasche Morokokken befinden.

Ich möchte an dieser Stelle auf die experimentellen Arbeiten in der Ekzemätiologie von Unna zu sprechen kommen. Es gelang Unna, in den Ekzemkrusten vorwiegend zwei Arten von Mikroorganismen zu isolieren und zwar die Flaschenbazillen (Sporen von Malassez) und maulbeerförmige Gebilde, die Morokokken. Durch Einimpfung von maulbeerförmigen Haufen von Kokken (die er deshalb im Gegensatz zu den Staphylokokken Morokokken nannte) auf die gesunde Haut gelang es Unna, Bläschen zu erzeugen, die denjenigen bei gewissen Formen des Ekzems glichen. Diese Mikroorganismen auf Kaninchen überimpft erzeugten auf diesen Rötung und Haarausfall. Mit den gezüchteten Kokken gelang es Unna, sowohl bei sich selbst, wie auch bei anderen, künstlich leichte ekzematöse Veränderungen zu erzeugen.

Verfolgen wir nun die Stachelschicht innerhalb der normalen Hornschicht, so treffen wir an diesen Stellen ebenfalls normale Verhältnisse an. Da, wo in der Hornschicht Morokokkenhaufen eingelagert sind und wo es zur Borkenbildung gekommen ist, ist die Stachelschicht gewuchert; die Stellen sind geschwollen und weisen Mitosenbildung auf. Auch die Haarbälge sind in ihrem oberen Teil, nahe der Oberfläche, durch Wucherung der Stachelschicht (Akanthose) verdickt. Die Stachelschicht zeigt in ihrem oberen Teile stark erweiterte Lymphspalten und eine spongoide Umwandlung. Hier besonders gehen die Morokokken in den Spalten der Haarbälge, zwischen Haarschaft und Wurzelscheide, in die Tiefe. Sie bilden zunächst Kokkenzylinder, die nach allen Richtungen hin radiär und im ganzen Bereich des Haarbalges auswachsen. Zu gleicher Zeit locken sie Leukozyten an, welche sich nicht bloß um die Haarbälge sammeln, sondern die ganze Stachelschicht des Haarbalges so vollkommen durchsetzen, daß von den Stachelzellen nichts mehr zu sehen ist. Kurz gesagt, bewirken diese Kokken bei ihrem Eindringen in die Haarbälge eine leukozytäre Perifollikulitis und Follikulitis. Diese Einwanderung

[1]) Unna, Künstliche Ekzemflecke. Ärztlicher Verein, Hamburg. Mh. f. pr. Derm., Bd. 14; Ekzemkokkus auf Kaninchen überimpft. Ärztlicher Verein, Hamburg 1892; Meine bisherigen Befunde über den Morokokkus. Mh. f. pr. Derm., Bd. 29; Versuche einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten. Mh. f. pr. Derm., Bd. 31; Über die Ätiologie und Bedeutung der beim Ekzem gefundenen Kokken. Mh. f. pr. Derm., Bd. 31; Die parasitäre Natur des Ekzems. Med. Ztg., 1900, Nr. 44.

Digitized by Google

findet an den Haarbälgen der betreffenden Bezirke in verschiedenem Maße statt. Von ihr breitet sich die Affektion auf die benachbarte Oberhaut aus, die dann sämtliche charakteristischen Eigenschaften des Ekzems annimmt. Überall wo diese Einwanderung von der Oberfläche in die Tiefe stattfindet, sammeln sich um die Kokkenhaufen Leukozyten, ohne daß es, wie bei den echten Eitererregern, zu einer wirklichen Eiterung kommt. Besonders erleichtert wird ihnen das Wandern in die Tiefe, indem sie den Weg zwischen Haarschaft und Wurzelscheide einschlagen. Die Leukozyten behalten ihre ausgezeichnete starke Färbbarkeit. Diese kleinen Herde mit exquisiten Maulbeerhaufen im Zentrum und einer losen unregelmäßigen sie umgebenden Anhäufung von Leukozyten ergeben ein sehr charakteristisches Bild, welches wahrscheinlich für diese Erkrankung der Ferkel typisch ist.

Aus der medizinischen Klinik II des Königl. Serafimerlazaretts zu Stockholm.

Über die Empfindlichkeit der Haut für Adrenalin und Pituitrin.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Arnold Josefson, Dozent der inneren Medizin.

In der Absicht nachzuforschen, ob es in dem menschlichen Körper auch eine verschiedene Empfindlichkeit, ja sogar eine Überempfindlichkeit für Adrenalin gäbe, fing ich an, die Haut für Adrenalinlösungen verschiedener Stärke zu prüfen. Zu meinen ersten Versuchen wählte ich solche Individuen aus, bei welchen eine Adrenalinämie anzunehmen war (Morbus Basedowii, Gravidität, Nephritis chronica).

Nach dem Muster der v. Pirquetschen Reaktion prüfte ich also die Haut gegenüber Adrenalin[1]). Es war mir jetzt auffallend, daß die Ränder der kleinen Hautwunde eine bedeutende Blässe annahmen, welche bei verschiedenen Leuten verschieden lange Zeit anhielt. Bei einigen fand ich diese Blässe nur, wenn stärkere Lösungen angewandt wurden; bei einigen stand die Blässe auffallend lange. Diese Hautreaktion deutete ich als Folge der bekannten Vasokonstriktion bei Anwendung von Adrenalin.

Ich ging jetzt weiter und prüfte, wie die Haut sich gegen Pituitrin verhielt; ich wandte teils Pituitrin, teils Glanduitrin von Parkes, Da-

[1]) Bei meiner Probevorlesung 12. II. 1915 habe ich die Reaktion meinen Kollegen gezeigt.

Digitized by Google

vis & Co., London, an. Auch nach Anwendung des Pituitrins entstand in der Haut eine deutliche Reaktion: die Ränder der Hautwunde wurden deutlich blaß.

In beiden Fällen ging die Blässe der Haut bald in eine lebhafte Rötung über, wobei die Haut, welche während der ersten Phase der Reaktion eingesunken und gerunzelt war, sich erhöhte, so daß zuletzt die Impfstelle angeschwollen und gerötet hervortrat. Die Reaktion der Haut trat auch nach Anwendung schwacher Lösungen des Adrenalins auf. So fand ich sie für Lösungen $^1/_{200000}$—$^1/_{300000}$. Wurden Adrenalin und Pituitrin zusammengemischt, so war die Blässe noch immer stark. Einen Antagonismus konnte ich also hier nicht nachweisen.

In der Annahme, daß die Blässe der Haut eine Folge derselben Ingredienz des Adrenalins und des Pituitrins war, und infolge der Auffassung, daß in beiden Präparaten das Cholin gemeinsam ist, wurde die Haut jetzt mit konzentrierter Lösung des Cholins geprüft. Mit diesen Lösungen des Cholins gelang es mir aber nicht, diese Reaktion in der Haut hervorzurufen; es scheint mir also wahrscheinlich, daß das gemeinsame vasokonstringierende Substrat der beiden Mittel das Cholin nicht sein kann.

Versuchte ich die unverletzte Haut mit Adrenalin oder Pituitrin zu behandeln, so war es mir nicht möglich, eine ähnliche Reaktion hervorzurufen. Auch nicht nach Applikation von Kokain in stärkeren Lösungen war es mir möglich, eine ähnliche Reaktion hervorzubringen. Soviel ich verstehe, liegt hier eine biologische Reaktion der Haut für schwache Lösungen des Adrenalins vor, und es war jetzt von großem Interesse, die Haut gegen Sera verschiedener Kranken zu prüfen. In keinem einzigen Falle ist es mir aber gelungen, mit Serum allein die Reaktion zu finden. Im Gegenteil, nach Anwendung des Serums tritt gleich eine stärkere Rötung und Erhöhung der Haut ein. Daß aber das Serum an sich nicht eine Adrenalinreaktion der Haut hemmt, geht daraus hervor, daß, wenn ich eine schwache Adrenalinlösung mit Serum zusammenmischte und danach die Reaktion ausführte, die charakteristische Blässe der Haut wieder auftrat. Das Serum hemmte also hier nicht die vasokonstringierende Eigenschaft des Adrenalins.

Auch machte ich Versuche mit Zerebrospinalflüssigkeit, Kochsalzlösung und Wasser. In keinem Falle vermochte ich die Reaktion hervorzurufen. In einem Falle machte ich eine halbe Stunde vor der Lumbalpunktion eine Injektion von 1 mg Adrenalin bei dem Kranken; die Lumbalflüssigkeit gab eine Rötung.

---

[1]) Bei allen meinen Versuchen war mir cand. med. Riccius behilflich.

Digitized by Google

Ich fing jetzt an zu prüfen, ob es eine Verschiedenheit in der Haut bei den Kranken gebe; ich applizierte eine Adrenalinlösung $^1/_{200000}$ und $^1/_{100000}$ auf die Haut, inzidierte und ließ die Lösung während einer Minute auf die Haut wirken [1]). Als Kontrolle ließ ich gewöhnlich dieselbe Lösung auf die intakte Haut auch eine Minute einwirken. Es zeigte sich jetzt, daß die Empfindlichkeit der Haut bei verschiedenen Kranken sehr variierte. Um die Sache objektiver zu prüfen, zeichnete ich auf, wie lange es dauerte nach der Inzision, bis die Reaktion auftrat und wie lange die Reaktion bestehen blieb, ehe sie in die charakteristische Rötung überging. Leider war meine Arbeit während einer langen Zeit vergebens, es zeigte sich nämlich, daß die Lösungen schon nach einem Tage sich verändert hatten, eine Fehlerquelle bedeutender Art. Auch waren die Verdünnungen der Lösung während der ersten Monate meiner Versuche nicht genau gemacht. So viel geht aber aus meinen Versuchen hervor, daß es eine individuelle Variation der Haut gegen das Adrenalin gibt, welche Variation, soviel ich gefunden habe, von ziemlich großer Breite ist.

Von Interesse scheint es mir zu sein, daß Lösungen, die mit chemischen Reagentien (Eisenchlorid) nicht reagierten, die Haut in charakteristischer Weise anämisierten.

Um das vegetative Nervensystem zu prüfen, brauchen wir ja gewöhnlich Adrenalininjektionen und Instillationen in das Auge. Über eine systematische Prüfung der Haut habe ich angezeigt keine Angabe gefunden. Und doch scheint es mir möglich, daß wir hier einen einfachen und ungefährlichen Weg finden können. Um das Serum auf adrenalinhaltiges Material zu prüfen, wenden wir ja ausgeschnittene Gefäßstreifen und überlebendes Tierherz an, Proben, welche einen großen Apparat voraussetzen.

Es ist mir noch nicht möglich zu sagen, ob wir nicht den Tonus der Gefäße durch diese kutane Probe prüfen können; unmöglich scheint es mir nicht. Ein analoges Verfahren wenden wir ja bei der Tuberkulinprüfung an. Die Frage, ob man in dieser Weise den Sympatikustonus mit Vorteil studieren kann, läßt sich nur nach Prüfung einer größeren Menge von Fällen beantworten.

Eine Vergleichung der Reaktionen der Haut auf Pituitrin und Adrenalin zeigt, daß die Reaktion in letzterem Falle sehr viel stärker ausfällt.

So viel lehrt diese einfache Reaktion der Haut aber. Ein Präparat von Pituitrin oder Glanduitrin [1]), welches keine biologische Reaktion der

---

[1]) Eine Menge chemischer Proben auf Adrenalin sind ja schon bekannt.

Digitized by Google

Haut gibt, ist nicht viel wert. Eine Anwendung des Pituitrins sollte also erst nach einer Vorprüfung der Haut geschehen; der Operateur kann ja dabei seine eigene Haut prüfen.

Bei der Probe der Haut mittels schwacher Lösungen des Adrenalins ist es erforderlich, ganz frische Lösungen anzuwenden.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Januar 1915, Bd. 22, H. 1.

Über einen Fall von Angiokeratoma circumscriptum im linken Oberschenkel, von Joh. Fabry-Dortmund. Der Fall betrifft ein elfjähriges Mädchen, bei welchem sich am Oberschenkel vor vier Jahren ein roter Fleck gebildet hatte. Dieser hatte allmählich die Form eines systematisierten Nävus angenommen. Er bestand aus dunkelroten Pünktchen, die erhaben, auf Glasdruck nicht schwinden, sondern noch schärfer hervortreten. Die meisten sind von dunkelroter Farbe, die größeren von tiefdunkler schwarzer; sie platzen leicht und bluten dann. Auf einem etwa groschengroßen Fleck stehen 25—30 Knötchen. Der Längsdurchmesser verläuft von oben außen nach der Mittellinie des Oberschenkels und beträgt 13 cm, der Breitendurchmesser ca. 6 cm. Verfasser hebt hervor, daß Kreibich einen ähnlichen Fall für einen Naevus flammeus hielt. (Referent vermißt in der Arbeit den Nachweis der im allgemeinen ziemlich beträchtlichen Verdickung der Hornschicht!)

Bemerkenswertes anläßlich einer kleinen Endemie von Erythema multiforme, von R. Polland-Graz. Im Juli beobachtete Verfasser nahezu ein Dutzend Fälle von Erythema multiforme. Es waren solche leichtester Art bis zu den schwersten, einer nahm sogar einen letalen Verlauf. Gleichzeitig traten zahlreiche Erkrankungen an Herpes zoster auf. Daneben auch einige Fälle von Purpura rheumatica.

Kritisch-chemisch-pharmakologische Betrachtungen über den Wert des Kalium-Aurum cyanatum bei der Chemotherapie der Tuberkulose, von J. Schumacher-Berlin. Die mit Goldzyan erzielten therapeutischen Leistungen sind nicht dieser Verbindung, sondern dem aus ihr entstehenden kolloidalen Golde zuzuschreiben. Dafür spricht, daß Goldzyan nicht in wirksamer Dosis einverleibt werden kann, ohne toxische Störungen. Andererseits wird es im Körper rasch aufgespalten. Eine Einwirkung des Zyanteiles ist nicht zu erwarten, weil dieses im Körper rasch zu ungiftigem Rhodanwasserstoff umgewandelt wird. Die Entwicklungshemmung des Goldzyans im Nährboden beruht wahrscheinlich auf dem Vorhandensein des Zyananteils und weiter in der Entwicklung von freien Goldionen. Die besten Aussichten haben deshalb Präparate, welche viel und rasch kolloidales Gold liefern.

Zur Vakzineanwendung bei Blennorrhoe, von G. A. Rost-Bonn. Besprechung der Vakzinen, ihrer Anwendung, Dosierung, Wirkung, der Bedeutung der Allgemein- und Herdreaktion. Die Wirkung der Vakzine ist keineswegs antitoxisch, im Sinne einer Vernichtung der Krankheitserreger, im Gegenteil, diese werden wieder proliferationsfähig, daher die Reaktion. Die günstige Wirkung liegt in der Beeinflussung der Infiltrate, welche in Abderhaldens Sinne abgebaut werden. Infolgedessen wirkt in gleichem Maße auch die Injektion von blennorrhoischer Hydrozelenflüssigkeit und Nebenhodenpunktat. Am Schluß wird auf die Bedeutung der provokatorischen Vakzineanwendung zu Diagnosezwecken hingewiesen.

Digitized by Google

Februar 1915, 22. Bd., H. 2.

Zur Kasuistik der Pseudoleukämie der Haut, von P. Hammacher-Frankfurt a. M. Verfasser beobachtete einen Fall, welcher bezüglich der Abgrenzung gegen eine sarkomatöse Erkrankung der Haut Schwierigkeiten bot. Auf der Haut des Patienten zeigt sich als Nebenbefund eine Acrodermatitis atrophicans an Ellenbogen, Knien, Händen und Füßen, als Hauptbefund gelblichweiße bectartige Erhebungen an den Augenlidern, linsengroße im Sulcus coronarius, an der Glans penis markstückgroße und am Orifizium erbsengroße Elemente. Knoten finden sich ferner im Skrotum und im Funikulus. Eine Verdickung der Drüsen besteht inguinal und in der Kniebeuge. Am übrigen Körper nur noch ein Tumor an der Thoraxhaut. Ein Tumor am rechten Schienbein ist anderer Natur. Die Sektion des Falles ergab pseudoleukämische Drüsenschwellungen, Hautinfiltrate der unteren Extremitäten, Metastasen der Nierenrinde, der Leber, Hyperplasie der Milz usw. Mikroskopisch fanden sich Infiltrationen mit lymphoiden Zellen in verschiedenen Drüsen und Organen. Therapeutisch wurde ein günstiger Einfluß von Arsen gesehen. Gegen die Drüsenschwellungen erwiesen sich intravenöse Injektionen mit Thorium X wirksam.

Ein Fall von Rezidiv von Syphilis drei Jahre nach einer scheinbar gelungenen Abortivbehandlung bei ganz frischer sekundärer Syphilis, von Harald Boas-Kopenhagen. Ein Mädchen wurde vom 18. 8. bis 1. 12. 1913 mit zwei Salvarsaninjektionen und 185 cg Hg-Salizylat behandelt. Die WR war vor der Behandlung stark positiv, nach derselben negativ. Eine jeden Monat angestellte Untersuchung ergab stets einen Negativismus an Symptomen und auch bezüglich der WR, bis am 29. 11. 1914, seit welchem Tage die Patientin zwar noch symptomfrei ist, aber eine positive WR aufweist.

Ein anderer Fall, welcher gleichfalls ein junges Mädchen betrifft, wurde vom 14. 11. 1911 bis 17. 1. 1912 mit zwei Salvarsaninjektionen und 60 Inunktionen a 3 g wegen Ulcus induratum, Adenia universalis und Papulae excoriatae genitalium behandelt. Die WR war vor der Behandlung positiv, nach derselben negativ. Die Patientin wurde im ersten Jahre regelmäßig jeden Monat untersucht, später mit größeren Intervallen, zuletzt im Dezember 1913; sie war immer symptomfrei und hatte negative WR. Im November 1914, fast drei Jahre nach der Kur, bekommt sie Genitalpapeln und die WR ist positiv.

Untersuchungen über das Verweilen des Salvarsans in der Blutbahn bei intravenöser Injektion konzentrierter wäßriger und konzentrierter Serumsalvarsanlösungen, von Treupel-Jena. Die Verwendung der Abelinschen Reaktion, nach welcher beim Überschichten salvarsanhaltiger Flüssigkeiten mit seinem Reagens ein roter Ring entsteht, gelang es dem Verfasser nachzuweisen, daß die Ausscheidung in 2—4 Stunden erfolgt.

März 1915, Bd. 22, H. 3.

Die Leukoplakia buccalis, ihre Pathogenese und Behandlung mit Salvarsan, von Th. Baer-Frankfurt. Verfasser berichtet über Erfolge bei Luetikern mit schwer affizierten Zungen. Es trat nach Anwendung einzelner wie verschiedener Injektionen von Alt- und Neosalvarsan in einer Dosis von 3,3 bis 1,6 vollkommene Ausheilung oder wesentliche Besserung ein.

Über vorübergehende positive Wassermannsche Reaktion bei Ulcera mollia et non venerea, von C. Guttmann-Wiesbaden. Das Blutserum von Patienten mit nichtsyphilitischen Ulzera an den Genitalien kann positiv nach Wassermann reagieren. Dabei kann es sich entweder um Ulcera mollia oder aber auch um Genitalgeschwüre anderer Herkunft handeln. Die positive WR kann auch an die Existenz eines Bubo

Digitized by Google

gebunden sein. Differentialdiagnostisch mit der WR bei Lues ist hervorzuheben, daß bei Verwendung mehrerer Extrakte der eine schwächer oder gar nicht reagiert, und zweitens, daß die Reaktion mit der Restitution der Geschwüre dauernd verschwindet. Das Auftreten der positiven Reaktion betrug in einem Falle mehr als drei Wochen.

Ein Fall von Pemphigus vegetans (Neumann), von A. Kissmeyer-Kopenhagen. Der Fall betrifft eine 66jährige Witwe, welche die Affektion vor zwei Jahren zum ersten Male bekam. Anfänglich erschienen Blasen unter vorausgehendem Jucken, welche auf Wasserumschläge verschwanden. Ein halbes Jahr später wurden dieselben hartnäckiger. Im Anfang geschah die Überhäutung schnell, später langsam, zuletzt gar nicht. Die Sektion ergab wie gewöhnlich nichts Besonderes. H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Bd. 121, H. 1.

Über die intradermale Reaktion auf Syphilis mit Nocuchis Luetin, von I. D. Perkel-Odessa. Es wurden im ganzen Versuche bei 90 Männern und 16 Frauen ausgeführt. Die Betreffenden standen in verschiedenen Perioden ihrer Krankheit. In sechs Fällen von I. Syphilis war die Reaktion zweimal, in 10 von II. Syphilis jedesmal und in 16 von III. Syphilis in der Hälfte positiv. In allen Fällen von latenter Syphilis, deren Infektion noch keine vier Jahre zurücklag, gab es eine Reaktion von 22% und in solchen von älterer in 33%. Auch Syphilis hereditaria, cerebrospinalis, Tabes und Paralyse ergaben positive Befunde. Alle Kontrollfälle hatten negative Resultate. Wiederholte Injektionen ergeben auch beim Gesunden schließlich Ergebnisse, so daß nur die erstmalige Injektion zu einer spezifischen Reaktion führt. In der Mehrzahl der Fälle war dieselbe schon nach 24—48 Stunden deutlich ausgesprochen. Vorangegangene Kuren mit Quecksilber oder Salvarsan hatten keinen Einfluß auf den Ausfall. Mit der WR steht die Luetinreaktion offenbar in gar keinem Verhältnis. Die an Stelle der Injektion auftretende Papel ist dann als positiv anzusehen, wenn ihr Durchmesser über $^1/_2$ mm beträgt. Ebenso muß die Papel deutlich erhaben sein. Manchmal entstehen auf der Oberfläche der Papeln auch kleine Bläschen oder Zerfall, niemals finden sich in ihnen Keime. Zur Verwendung gelangte 0,04 Luetin. Ähnlich wie bei Tuberkulin kommt es gelegentlich zu Spätreaktionen mit Bildung torpider Formen.

Ein Fall von sogenannter hysterischer Dermatose, von C. Rasch-Kopenhagen. Das 17jährige Mädchen ist schwach begabt, träge, liegt am liebsten im Bett. Tast- und Temperatursinn ist vorhanden, aber es besteht Analgesie. Die Haut ist in großer Ausdehnung von ungefähr 130 streifenförmigen Exkoriationen und Pigmentationen meist von 6—7 cm Länge und 1—2 cm Breite bedeckt, der größte Teil befindet sich auf der Vorderfläche des Rumpfes und der Glieder, eine geringere Anzahl auf dem Gesäß und der Regio lumbalis, während die Rückseite nahezu frei ist. Alle Flecken verlaufen parallel, am Unterleibe quer, auf der Innenseite der Schenkel schräg von unten innen nach oben und außen, an der Außenseite parallel mit der Längsachse. Die Streifen wurden durch die Patientin selbst hervorgebracht. Energische psychische Behandlung erzielte Heilung.

Bakterielle Versuche über die Zuverlässigkeit der Tägerschen Sterilisierungsmethode des Wassers zu Injektionen, mit besonderer Berücksichtigung des Wasserfehlers und des Kochsalzfiebers, von Dagobert Löffler-Freiburg. In der Freiburger dermatologischen Klinik wird zum Auflösen des Salvarsans ein Wasser mit 25% Acidum hydrochlor. off. verwendet. Verfasser erbringt den Nachweis, daß dieses vor dem Gebrauch aufgekochte Lösungsmittel absolut keimfrei ist, so daß Nebenerscheinungen bei den Injektionen in die Vene nicht vorkommen.

Digitized by Google

Studien über den Einfluß experimentell veränderter örtlicher Bedingungen auf die Lichtreaktion (Ultravioletttreaktion) der menschlichen Haut, von Paul Sobotka-Prag. Als Quelle der ultravioletten Strahlen, welche der Untersuchung dienen sollten, wurde Kromayers Quarzlampe verwendet. Die ersten Versuche beschäftigen sich mit der Frage, welchen Einfluß vorausgegangene aktiv hyperämische Zustände auf die spätere Lichtreaktion besitzen. Zur Erzielung dieser komplizierenden Hautrötung wurden chemische, galvanische und thermische Reize geprüft. Eine spezifische Beeinflussung wurde nicht konstatiert. Weiterhin wurde die Wirkung der Lichtreaktion bei passiver Hyperämie (Stauung) geprüft. Es stellte sich heraus, daß dieselbe gleich Null war oder sehr gering. Nach der Bestrahlung ausgeübte Stauung ergab, abgesehen von einem einzigen Falle, keinen Ausschlag. Intrakutane Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung erzielten keinen oder nur einen geringen Einfluß im Sinne eines Lichtschutzes. Versuche mit Druck und nachfolgender Bestrahlung fielen verschieden aus. Manchmal negativ, in anderen Fällen zu intensiver Rötung führend und gewöhnlich blässer als die einfach bestrahlte Fläche. Bei Ausübung eines Druckes während der Bestrahlung war die Druckstelle zumeist stärker gerötet, in zwei Fällen geringer und in einigen genau so wie in der Umgebung. Die Ausübung eines Druckes nach der Bestrahlung hatte eine vorübergehende Mehrrötung, aber keine Dauerwirkung im Gefolge. Hierauf folgen Versuche mit gefäßverengernden Substanzen. Das zu diesem Zwecke in Anwendung gebrachte Adrenalin wurde teils mittels Jontophorese, teils durch Injektion in die Kutis einverleibt. In dieser Weise behandelte Haut zeigt, daß in ihr ein Lichterythem viele Stunden hindurch völlig aufgehalten wird. Nach der Bestrahlung angewandtes Adrenalin bringt eine schon ausgebildete Lichtwirkung zum Verschwinden, welche aber nach der Resorption des Mittels wieder einsetzt. Weitere Versuche erstrecken sich auf die Beobachtung des Einflusses, welchen die Antiphlogose (feuchter Verband) auf eine Lichtentzündung ausübt. Bestrahlungen von Hautstellen, in welche die gebräuchlichen Anästhetika eingespritzt wurden, zeigen eine Neigung zur Nekrose. Anhangsweise erfolgen Bemerkungen zur Lichtreaktion bei pathologischen Zuständen der Haut und schließlich eine Betrachtung der erhobenen Befunde mit Bezug auf die Ergebnisse analoger Versuche mit anderen Strahlenarten. H. Vörner-Leipzig.

Lepra. Bibliotheka internationalis.

1914, Bd. 15, H. 1.

1. Neue Erfahrungen über die Lepra in Tunis, von G. Eichmüller. Nach den Beobachtungen des Verfassers tritt die Lepra jetzt auch in Gegenden von Tunis auf, von denen man früher voraussetzte, daß sie seuchenfrei seien. Er weist darauf hin, daß man den Äußerungen der Bewohner nicht allzuviel Zutrauen schenken solle, da dieselben ein Interesse daran hätten, die Krankheit zu verheimlichen. Er hat einige zwanzig Fälle eruiert und hebt hervor, daß damit gegen früher eine erhebliche Zunahme zu konstatieren sei, obwohl er die wahre Zahl für noch erheblicher hält. Nach seiner Annahme ist die Lepra in Tunis autochthon, wird aber durch den engen Verkehr mit Malta, wo sich viel Leprakranke befinden, ungünstig beeinflußt.

2. Die Lepra der Bibel, von W. Dubreuilh und A. Barques. Die Verfasser sind gegen die Ansicht, daß es sich in den dem Moses zugeschriebenen Büchern des Alten Testamentes um wirkliche Lepra handele. Die Gründe, welche sie geltend machen, sind vor allem die in der Beschreibung der Krankheit fehlenden Merkmale, deren Eigentümlichkeiten nicht zu übersehen seien, der gutartige Verlauf derselben und schließlich die historische Tatsache, daß die Affektion in der Zeit des babylonischen Exils ver-

Digitized by Google

schwand. Sie sind vielmehr der Überzeugung, daß die Lepra der Bibel die Bedeutung der Lepra des Hippokrates besitze, d. h. eine Summe gutartiger schuppender Hautaffektionen, unter denen die chronischen Ekzeme, die Psoriasis und die parasitären und pilzlichen Dermatosen zu verstehen seien. Die Lepra des Alten Testamentes und diejenige des Neuen sind zwei verschiedene Begriffe. In der Zeit der ersten christlichen Jahrhunderte ist die echte Lepra schon bekannt. Die Verwechslung beruht nach Ansicht der Verfasser darauf, daß die hippokratische Bezeichnung später für einen ganz anderen Begriff, nämlich für die Elefantiasis, gebraucht wurde und erst viel später für die echte Lepra. H. Vörner-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Syphilis der Unschuldigen, von Gerber. (Würzburg 1914, Curt Kabitzsch.) Der im Zweigverein zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Ostpreußens in Königsberg gehaltene Vortrag bietet auch dem Fachmann eine anregende Lektüre. Stellt er doch besonders die so mannigfaltigen Übertragungsmöglichkeiten der extragenitalen Syphilis in anschaulicher Form nebeneinander. Der Mahnruf: Wir müssen uns daran gewöhnen, offen und ohne Scheu das Wort Syphilis auszusprechen, kann nicht oft genug an das Volk ergehen. W. Haas-Hamburg.

Il medico a bordo e nei paesi tropicali, von R. Ribolla. Der Schiffs- und Tropenarzt. (Mailand 1914, U. Hoepli.) Das Handbuch ist für Schiffsärzte bestimmt und enthält für diese eine Reihe von sehr nützlichen Kapiteln. Auch dem Dermatologen kann es manchen guten Dienst leisten, indem es die verschiedenen Hautkrankheiten der heißen Länder kurz bespricht und einige Kapitel der mikroskopischen Technik widmet. Es ist sorgfältig zusammengestellt, klar geschrieben, angenehm zu lesen.

K. Rühl-Turin.

Ikonographia dermatologica, Heft 7, Tafel 52—59.

1. Xanthoerythrodermia, von Bering. Ein typischer Fall dieser, in das Gebiet der — Erythrodermie en plaques disseminées Brocq — gehörigen Krankheit. Versuchsweise wurden einige Herde mit der Quarzlampe (Blaulicht), andere mit Röntgenstrahlen behandelt, wieder andere blieben unbehandelt. Bei einer Nachuntersuchung nach einem Jahre ergibt sich, daß die mit Blaulicht behandelten Herde spurlos verschwunden sind, ebenfalls die mit Röntgenstrahlen behandelten, unter Hinterlassung einer braunen Pigmentierung. Aber auch einige nichtbehandelte Herde sind völlig zurückgegangen.

2. Zylindroma, von de Beurmann. Die Tumoren hatten sich bei dem 58jährigen Kranken seit 20 Jahren entwickelt, ohne merklich sein Allgemeinbefinden beeinträchtigt zu haben. Eine Anzahl waren spontan geschwunden, meistens nach voraufgegangener Ulzeration, beim Eintritt ins Hospital zeigte er bis über fünfzig über Kopf, Gesicht und auch Rücken verteilt. Keine Lymphdrüsenschwellung, keine Veränderung an den Organen zu konstatieren. Patient magerte dann allmählich ab und es fanden sich Veränderungen an den Lungen. Elf Monate nach seiner Aufnahme starb er plötzlich nach einer Reihe epileptiformer Anfälle. Die Autopsie ergab in Lunge, Leber, Milz und Nebenniere Veränderungen tuberkulöser Natur. Verfasser führt auf die schweren, suprarenalen Zerstörungen besonders die Krämpfe und den letalen Ausgang zurück. Die histologische Untersuchung ergab den Typus des Zylindroms, wie er von Darier, Dubreuilh und Auché beschrieben wurde, und war beweisend für den epithelialen Ursprung. Die Behandlung mit Radium zeigte sich in schwachen Dosen und äußerer Applikation schädlich, und wirksam in hohen Dosen und bei Transfixion auf das pathologische Gewebe.

Digitized by Google

3. Naevus anaemicus, von Brunner. Naevi anaemici sind wahrscheinlich angeborene, durch ihre blasse Farbe auffallende, von normaler, selten hyperämischer Haut umgebene, im Niveau derselben liegende Flecken. Meistens erreichen sie Linsengröße, gelegentlich konfluierend zu Halbhandtellergröße, mit zackigen Grenzen. Die Brusthaut ist bevorzugt. Scharfes Hervortreten beim Reiben der Haut. Therapie nicht notwendig, da nur Nebenbefund.

4. Vaselinoma scleroticum, von Jacobi. Einer Dame waren zur Verschönerung des Gesichts Injektionen mit Vaselin gemacht in einem Schönheitsinstitut. Nach zwei Jahren begannen die Injektionsstellen zu schwellen und das Gesicht ist jetzt unförmig entstellt. Die ganze Gesichtshaut geschwollen und unregelmäßig rot und tiefblau verfärbt, die Konsistenz knorpelhart, die Lider stark ödematös. Die Therapie ist machtlos. J. warnt vor derartigen, direkt verwerflichen Einspritzungen.

5. Lichen ruber framboesiformis, von Lipschütz. Diese Form des Lichen ruber steht dem Lichen ruber verrucosus am nächsten. Die beschriebene Beobachtung erinnert an eine mächtige Granulationsgeschwulst. Klinisch war namentlich die deutlich papillomatöse Beschaffenheit der Oberfläche, sowie die enorme Ausbildung der in die Tiefe reichenden, aber auch warzenartig vorspringenden Hornzapfen auffallend, nach deren gewaltsamer Entfernung förmliche Löcher zurückblieben. Histologisch fällt der Reichtum an Plasmazellen auf. Therapie bestand in operativer Entfernung.

6. Sclerodermia diffusa et circumscripta, von Meirowsky. Der Fall zeigt, daß die diffuse Sklerodermie mit dem Vorkommen zahlreicher „white spots" vergesellschaftet sein kann, die als eine Form der zirkumskripten Sklerodermie aufzufassen sind.

7. Striae distensae et keloideae, von Rosenthal. Die übliche Bezeichnung für die Affektion „Striae atrophicae" sei unrichtig, da eine Atrophie für gewöhnlich nicht vorliegt, sondern eine Zerrung, ein Einriß des elastischen Netzes der Haut, und infolgedessen eine Diastase der Bindegewebsfasern. Der abgebildete Fall betrifft ein Mädchen von 20 Jahren, das außerdem einen mäßigen Basedow zeigt. Die besonders die Stirn einnehmenden weißlichen Streifen mit teilweise keloidartigem Charakter sollen bei der Geburt noch stärker gewesen sein. Lues kann ausgeschlossen werden, es muß ein intrauteriner Prozeß vorliegen, möglicherweise im Zusammenhang mit dem jetzt vorhandenen Basedow.

8. Sclerodermia ulcerosa linearis („en bandes"), von Rukte. Es handelt sich um eine strichförmige, ulzeröse, kurz nach der Geburt bemerkte Erkrankung des rechten Beines bei einem sechsjährigen Knaben. Aus dem ganzen Krankheitsbilde, wie aus dem histologischen Befund ging hervor, daß hier ursprünglich eine Sklerodermie vorgelegen hat, die später in Ulzeration überging. W. Haas-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Einige Worte über Onychogryphosis anläßlich eines eigentümlichen Falles, von James Strandberg-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, Heft 1—4, Nr. 3.) Der Verfasser schildert einen interessanten Fall von Onychogryphosis bei einem 18jährigen Jüngling und glaubt, daß die Veränderung der Nägel auf einer trophischen Störung beruht. Was diese trophische Störung ausgelöst hat, konnte leider nicht ermittelt werden. Vier Bilder illustrieren diese Beschreibung.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Klinische Diagnose der Alopezien beim Kinde, von R. Buanier. (Presse méd., 1914, Nr. 30.) Besprechung der beim Kinde vorkommenden Formen von Haarschwund. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Radiotherapie der Alopecia totalis, von Thedering-Oldenburg. (Strahlenther. 1915, Bd. 5, Heft 2.) Ausgehend von der Überlegung, daß der Lähmungsdosis die Reizdosis vorherzugehen pflegt, versuchte Verfasser die Alopecia totalis mit Röntgenbestrahlungen zu beeinflussen. Er bestrahlte den Kopf an 4—5 Bezirken mit Strahlen mittlerer Härte. Auf jede Stelle wurde $^1/_3$—$^1/_2$ Volldosis in Abständen von 10—14 Tagen gegeben, nach der dritten Bestrahlung Pause von etwa drei Wochen. Fünf beigefügte Krankengeschichten veranschaulichen den Wert der Methode, die in den mitgeteilten Fällen Resultate zeitigte, welche jedenfalls zur Nachprüfung ermuntern. H. Rausch-Darmstadt.

Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq), von Dreuw-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 45.) Die Krankheit äußert sich in dem Auftreten von kleineren oder größeren, selten oder niemals kreisrunden, sondern dreieckigen und vieleckigen, teils isolierten, meist aber konfluierenden kahlen Flecken, die ohne eine Spur von Entzündung und ohne nennenswerte subjektive Erscheinungen im Laufe von Jahren zu einer ausgeprägten Atrophie der Epidermis und Kutis und zu bleibendem Haarausfall führen. Das Anfangstadium nennt er der kleinen, meist multiplen Stellen wegen Alopecia parvimaculata, die entweder isoliert stehen (Alop. parvimac. solitaris) oder aber an vielen Stellen konfluieren (Alop. parvimac. conglomerata). Verfasser beobachtete in einigen Gemeindeschulen Berlins 101 Fälle, die schließlich bis über 200 Fälle anstiegen. Ein Erreger konnte nicht ermittelt werden, obgleich bei diesem epidemieartigen Auftreten der Krankheit sicher mit einem zu rechnen ist.

B. Junghanns-Dresden.

Alopecia atrophicans bei Kindern, von Max Joseph-Berlin. (Zbl. f. Kindhlk., 1914, Nr. 1.) J. weist auf die große Bedeutung der Kenntnis der Frühstadien der Alopecia atrophicans hin, da in späteren Stadien — nach seiner Erfahrung — jede Therapie aussichtslos ist. Brocq, der diese Affektion zuerst als Pseudopelade beschrieben hat, unterscheidet drei Unterabteilungen: die großfleckige, die kleinfleckige und die gemischtfleckige Alopecia atrophicans. Kleine, stecknadelkopfgroße, linsen- bis erbsengroße Flecke wechseln ab mit 3—5markstückgroßen Flecken, in jeder denkbaren Form. Der anatomische Vorgang geht nach den Untersuchungen Lenglets in der Weise vor sich, daß ein entzündlicher perivaskulärer Prozeß schließlich zu einer Atrophie des kollagenen und elastischen Gewebes mit zahlreichen erweiterten Lymphräumen führt. J. empfiehlt als differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber der Alopecia areata die Flecke mit Chrysarobin-Traumatizin zu bepinseln. Bei der Alopecia areata erscheinen alsdann die gelblichen punktförmigen Niederschläge an hunderten kleiner Follikel; bei der Alopecia atrophicans fehlen sie vollkommen. In der von Dreuw als Alopecia parvimaculata bezeichneten Haarerkrankung der Kinder sieht J. die Anfangsform der Alopecia atrophicans. Arndt empfiehlt für diese Anfangsform durch längere Zeit fortgesetzte Anwendung von zweimal täglich vorgenommenen heißen Seifenwaschungen und einer 10%igen Schwefel-Zinkpaste. Dreuw empfiehlt zweimal tägliches Betupfen mit Ol. Rusci 20,0, β-Naphtol, Acid. salicyl., Resorzin aa 4,0, Ol. Ricini 30,0, Spirit. saponat. ad 200,0 und Einsalben für die Nacht mit Sulf. praecip. 10,0, Resorzin 4,0, Vaselin ad 100,0. Nach der Meinung von J. sind vielleicht unter den angeblichen Fällen von Übertragung der Alopecia areata eine gewisse Zahl der Alopecia atrophicans zuzurechnen und die parasitäre Ätiologie der Alopecia areata würde damit noch mehr wie bisher in der Luft schweben. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Über Alopecia areata, von Alojzy Przezdziecki. (Lemberger m. Wschr., 1913, Nr. 52.) Der Verfasser führt die verschiedenen Ansichten anderer Verfasser über die Ursache der Alopecia areata an und kommt auf Grund eines persönlich genau untersuchten Falles zur Überzeugung, daß sowohl trophische als auch parasitäre Momente bei dem Prozesse eine Rolle spielen. Histologisch fielen meistens Infiltrate sowie Zerfall der Talgdrüsen auf, was Giovanini als erster beschrieben hat.

H. Rosmarin-Lemberg.

Zur Ätiologie der idiopathischen Hautatrophie (Dermatitis atrophicans), von M. Oppenheim. (W. kl. W., 1913, Nr. 47.) O. unternimmt den Versuch, die angeborene Widerstandsschwäche des elastischen Gewebes auf Grund von klinischen Beobachtungen und Experimenten als notwendige Vorbedingung des Entstehens einer idiopathischen Hautatrophie zu zeichnen. Für das Angeborensein als Ursache sprechen vor allem jene Fälle, bei denen angeborene Mißbildungen der Haut mit Atrophia cutis idiopathica zusammentreffen. Ein weiterer Beweis für die angeborene Disposition ist das analoge Verhalten der elastischen Fasern, sowie anderer histologischer Befunde bei den angiomatösen Nävi und der Atrophia cutis idiopathica. Es ist mit der größten Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß der größte Teil der sogenannten idiopathischen Hautatrophien sich dann entwickelt, wenn ein durch intrauterinen Druck oder Zug bereits geschädigtes Elastin in der Haut vorhanden ist. W. Lehmann-Stettin.

Idiopathische Hautatrophie; mit Bericht über einen Fall, von H. G. Irvine-Minneapolis. (J. Am. m. Assoc., 9. August 1913.) Verfasser berichtet ausführlich über einen von ihm beobachteten Fall von idiopathischer Hautatrophie, die in den Vereinigten Staaten selten vorzukommen scheint, und gibt eine klinische Darstellung dieser Erkrankung, wobei er sich hauptsächlich auf deutsche Verfasser stützt.

H. Fendt-Wiesbaden.

Die klinischen Beziehungen des Lupus erythematosus, v. G. Norman Meachen-London. (M. Press a. Circ., 21. Januar 1914.) Die Frage, ob der Lupus erythematosus eine tuberkulöse Erkrankung oder auch eine mit an anderer Stelle des Körpers bestehenden Tuberkulose zusammenhängende Krankheit darstellt, kann gegenwärtig noch nicht entschieden werden. Viele Fälle haben ihre Ursache zweifellos in örtlichen Störungen, wie unbedeutenden Traumen, plötzlichem Temperaturwechsel, die zusammen mit Zirkulationsstörungen unter der Mitwirkung eines Toxins zu chronischen Entzündungen mit nachfolgender Atrophie führen. Hierher gehört hauptsächlich der Lupus pernio. Für die Toxintheorie spricht, daß das Ulerythema nicht selten bei Personen auftritt, die außerdem noch an hypertrophischer oder atrophischer Rhinitis, Erythema induratum, Keratosis pilaris oder Erythema multiforme leiden. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von Morphoea durch Hochfrequenzströme geheilt, von J. Peyri und R San Ricart. (Ann. d'Electrobiol. et de Radiol., Oktober 1911.) Ein Patient hatte Herde von typischer Sklerodermie mit bläulichrotem Saume. Da die verschiedenen gebräuchlichen Behandlungsmethoden ohne Erfolg blieben, wurde er der Hochfrequenzbehandlung unterworfen. Es wurden jeden zweiten Tag Sitzungen von 5—6 Minuten Dauer für jeden Herd vorgenommen; diese waren nachher stärker hyperämisch als die umgebende normale Haut. Nach 3—4 Sitzungen zeigte sich die vorher elfenbeinerne Haut gefältelt und schuppend. Im weiteren Verlaufe wurde die Haut weich und elastisch; nach 19—26 Sitzungen waren die Herde verschwunden. Nach zwei Jahren hielt das gute Resultat noch an. Das Hochfrequenzverfahren erscheint hiernach als die Methode der Wahl. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Sklerodermie, von A. J. Gilmour-New York. (M. Record., 7. Febr. 1914.) Der mitgeteilte Fall betrifft einen 58jährigen Irländer, bei dem die Erkrankung

Digitized by Google

angeblich ganz plötzlich, mit genauer Zurückführung auf einen bestimmten Tag, an den Händen begann und sich dann über Arme und Beine, Gesicht und Brust ausbreitete. Anfänglich waren die Veränderungen mehr ödematös und rot, die Haut nahm dann den eigentümlichen derben und verdickten Charakter der sklerodermatischen Veränderungen an, um schließlich an den zuerst erkrankten Stellen und den hervorstehenden Gelenken in Atrophie überzugehen. Der Fall war dadurch ausgezeichnet, daß Veränderungen am Larynx und an den Stimmbändern zu gleicher Zeit bestanden und zu unangenehmen subjektiven Empfindungen und zu Heiserkeit Veranlassung gaben. Der Patient ging unter den Zeichen schwerer Atemnot zugrunde; eine Autopsie konnte nicht gemacht werden. W. Lehmann-Stettin.

Ätiologische Betrachtungen über einen Fall von „Sklerodermie der Hände", von E. Grandjean-Interlaken. (Korr. Bl. Schweiz., 1913, Nr. 9.) Fall von Sklerodaktylie mit allgemeinen und lokalen progressiven Störungen der Vasomotoren und trophischen Nerven. Das klinische Bild, die Ergebnisse der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen und der Erfolg der Therapie sprechen für eine urämische Ätiologie.
O. Valentiner-Leipzig.

„White-spot disease", von G. M. Mac Kee und F. Wise-New York. (J. Am. m. Assoc., 29. August 1914.) Verfasser hatten Gelegenheit, einen Fall dieser seltenen Affektion bei einem 43jährigen Manne zu beobachten und zwei Biopsien mit einer Zwischenzeit von sechs Monaten auszuführen. Es ergaben sich folgende histologische Befunde: bei der ersten Untersuchung hatte man den Eindruck, daß an verschiedenen Stellen eine perivaskuläre Infiltration mit kleinen Rundzellen, die bei sonstigen Entzündungsprozessen zu beobachten ist, stattgefunden habe, und daß diese getrennten Herde sich allmählich zu einem diffusen Gebilde als Mittelpunkt der Läsion vereinigten; damit in direktem Zusammenhange standen degenerative Vorgänge im oberen Teile des Koriums, während die Beteiligung der Epidermis als eine sekundäre Folge sich darstellte. Bei der um sechs Monate später ausgeführten Biopsie konstatierte man, daß die entzündlichen Vorgänge abgelaufen waren und daß als die wesentlichsten Erscheinungen sich eine Vermehrung des Kollagens, Schwund von Gefäßen und Zerstörung der elastischen Fasern und der Retezapfen vorfanden. Verfasser stimmen der von anderer Seite schon vertretenen Auffassung der Affektion als eine Form von Sklerodermie zu und wollen sie vom Lichen planus atrophicus präzis unterschieden wissen.
A. Philippi-Salzschlirf.

Ein anormaler Fall von Weißflecken-Krankheit, von H. H. Hazen-Washington D. C. (J. Am. m. Assoc., 9. August 1913.) Bei einer 32jährigen Frau waren die ersten weißen Flecken im Nacken aufgetreten; besonders auffallend war deren schneeweiße, glänzende Farbe. Eine spätere genaue Untersuchung ließ an vielen Körperstellen der Patientin ähnliche Flecken entdecken; es handelte sich um Gruppen von meist nicht mehr als vier, keinesfalls um mehr als zehn Flecken. Der klinische Charakter der Eruption schwankte zwischen Morphaea guttata und Lichen planus atrophicus. Histologisch war besonders auffällig das Verschwinden von Kollagen und Elastin in umschriebenen Bezirken des subpapillären Teiles des Koriums. H. Feudt-Wiesbaden.

Alkalisierung der Gewebe bei diabetischer Furunkulose, von Anton Brunner-Klausen. (M. Kl., 1914, Nr. 6.) Ausgehend von der Überlegung, daß die schlechte Heiltendenz von furunkulösen und phlegmonösen Prozessen bei Diabetikern in der Azidose der Gewebe zu suchen sei, verwendete Brunner eine 5%ige Lösung von Natrium bicarbonicum zur Ausspülung der Geschwüre, die dann noch mit steriler Gaze bedeckt oder tamponiert wurden. Von seinen Erfahrungen teilt er zwei besonders

Digitized by Google

günstig verlaufene Fälle, in denen die Reinigung der Geschwüre sehr schnell eingetreten war, mit und rät dringend zu weiteren Versuchen. O. Lasch-Breslau.

Die Delbrrsche Operation (Anastomosis sapheno-femoralis), deren Technik und Resultate, von Kostlivý-Trebitsch. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 20.) Bei 12 schweren, mit Ulcera cruris (3) komplizierten Fällen von Venenektasien der unteren Extremitäten erzielte K. sehr gute Resultate, indem er nach Hesse die mobilisierte Vena saphena in eine Stelle der Vena femoralis implantierte, die unterhalb einer funktionstüchtigen Venenklappe lag. Nach der Operation tritt eine Kontraktion der ektatischen Gefäße ein, bei den verdickten und sklerotischen Venen allerdings erst nach Wochen, eventuell Monaten, aber stets ist die Regeneration eine so auffallende, daß man von der Exstirpation chronisch-entzündlicher, thrombosierter Varizen absehen kann. 10 Fälle konnte der Verfasser nach $^1/_2$—2 Jahren revidieren; 8 Fälle waren vollkommen geheilt; bei 2 Fällen bestanden wohl Reste der Varikositäten, aber die Kranken waren vollständig beschwerdefrei. G. Mühlstein-Prag.

Xanthochromia palmo-plantaris bei Diabetes, von Labbé. (Sem. méd., 1914, S. 334.) Ein Mann mit schwerem Diabetes zeigte an Handtellern und Fußsohlen eine intensiv gelbe Verfärbung. Die Lider waren frei. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Xeroderma pigmentosum, von Nicolas, Massia, Gaté und Pillon. (Lyon méd., 1914, Nr. 15.) Bei der 26jährigen Patientin bestanden die typischen Erscheinungen des Xeroderma pigmentosum seit dem zehnten Lebensjahre; durch Radiotherapie waren die epitheliomatösen Geschwüre bereits einmal zur Abheilung gebracht worden. Bemerkenswert ist, daß ein transplantierter Lappen im Gesicht frei geblieben ist. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Xanthelasma. Zytologische und histochemische Tatsachen über die Xanthomzellen, von Policard und Mangini. (Lyon méd., 1914, Nr. 24.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Geroderma genito-dystrophicum, von Fragola. (Morgagni, 28. September 1914.) An der Hand eines Falles Besprechung dieses Leidens. Verfasser kommt zu dem Schlusse, daß es hauptsächlich von der Erkrankung der Geschlechtsdrüsen abhängig sei, daß aber auch andere endokrine Drüsen (Schilddrüse, Hypophyse usw.) mit beteiligt seien. Den größten pathogenetischen und prädisponierenden Einfluß auf die Erkrankung dieser Organe haben Syphilis und Tuberkulose. R. Frühwald-Leipzig.

Idioneurosen.

Pruritus und Hautreaktionen, von L. Brocq. (Bull. méd., 1913, Nr. 90.) An der Hand zweier Fälle bespricht Brocq die verschiedenen Formen, mit denen die Haut auf Pruritus und auf Kratzen antwortet. Reagiert sie gar nicht, so spricht man von essentiellem Pruritus; oder aber es entsteht einfache Lichenifikation. Es können sich ferner Urtikariaeffloreszenzen bilden, an der Hand die Erscheinungen der Dysidrosis. Bei der Entstehung von Bläschen oder Knötchen bietet sich das Bild des vulgären oder papulovesikulösen Ekzems dar. Bilden sich spitze urtikarielle Knötchen, die sich auch ohne Trauma mit einer Kruste bedecken, so erscheint das Leiden als Prurigo; ferner kann sich das Krankheitsbild der Lichenifikation mit Ekzematisation und der Dermatitis herpetiformis ausbilden. Die Ursache dieser verschiedenen Hautreaktion liegt vor allem in einer nervösen Prädisposition der Kranken; dazu kommen noch nervöse, alimentäre und andere Schädlichkeiten. So scheint der Pruritus mit Lichenifikation hauptsächlich durch Abusus von Kaffe, Tee usw. ausgelöst zu werden; diffuser Pruritus dagegen durch Gicht. Intoxikationen von innen oder außen rufen Urtikaria oder Ekzem hervor, Nieren- und Darmstörungen Prurigo, Störungen der Leber essen-

Digitized by Google

tiellen Pruritus, vorwiegende Fleischnahrung die psoriasiformen Keratosen usw. Es ist bei diesen Affektionen daher jede extreme Therapie nicht von Dauer, wenn nicht gleichzeitig eine Allgemeinbehandlung, bestehend in Änderung der Nahrung, der Lebensgewohnheiten usw., Platz greift. Verfasser weist an der Hand seiner Fälle auf das Alternieren der Hauterscheinungen mit inneren Leiden (Asthma, Nervenkrisen) hin.

R. Frühwald-Leipzig.

Diagnose und Behandlung des Pruritus, von Isadore Dyer-Louisiana. (J. of the Arkansas M. Soc., August 1912.) Nach der Ansicht des Verfassers sind wir in unseren Studien über den Pruritus noch nicht weiter, als daß wir denselben auffassen müssen als eine lokale Störung der Nervenenden, veranlaßt durch Druck, der die Folge von Exsudation oder erhöhter vasomotorischer Spannung ist; ein Juckzentrum können wir vor der Hand nur theoretisch annehmen. Der Zweck der vorliegenden Arbeit ist, den Zusammenhang des Juckreizes mit den verschiedenen Krankheiten klarzulegen. Nie ist der Pruritus idiopathisch. Der Verfasser teilt dann die Dermatosen in einzelne Gruppen ein, wobei er der Hebraschen Einteilung folgt, und bespricht das Vorkommen und die Bedeutung des Pruritus bei den einzelnen Krankheitsgruppen. Es würde uns zu weit führen, seinen detaillierten Ausführungen zu folgen, die nichts wesentlich Neues bringen. Etwas ausführlicher verweilt Dyer bei dem Jucken, das von Veränderungen der Schweißdrüsen ausgeht: „Hyperidrosis, Bromidrosis, Anidrosis"; dann bespricht er den Wert, den die Intensität und Art des Juckens für die Diagnose haben kann, z. B. bei den Pocken; bei diesen besteht, im Gegensatze zu den anderen Exanthemen, bei denen der Juckreiz meist mit dem Ausbruch verschwindet, derselbe fort, solange Bläschen vorhanden sind, und ist differentialdiagnostisch gegen Lues und Pemphigus zu verwerten. Auch auf das Zustandekommen des Juckens bei der Skabies, besonders während der ersten Nachtstunden, geht der Verfasser etwas näher ein; ebenso bei Prurigo und Urtikaria; von Arzneimitteln, die Jucken hervorrufen können, nennt Dyer besonders Arsen und Chinin. Der eigentliche allgemeine Pruritus ist eine Neurose, hervorgerufen entweder durch falsche Ernährung oder Kleidung, oder er ist ein Symptom eines Allgemeinleidens: Diabetes, Ikterus, harnsaure Diathese. Von den lokalen Pruritus kommen in Betracht besonders der Pruritus analis (Hämorrhoiden, Fissuren, Würmer) und der Pruritus vulvae (Erkrankung des Uterus, der Adnexe, Fluor, Infektion der am Eingange der Vulva liegenden Drüsen). Endlich ist hervorzuheben neben dem Pruritus hiemalis, der meist durch die Kleidung verschuldet wird, der Pruritus senilis, der die Befallenen oft bis zur Erschöpfung peinigt. Therapeutisch ist es wichtig zu unterscheiden, ob der Pruritus das eigentliche Leiden oder das Symptom einer Krankheit ist: gegen das Jucken bei Dermatitis herpetiformis, den Lichenerkrankungen und bei Prurigo, hat sich das As als sehr wirksames Mittel bewährt, beim Erythem, der Urtikaria und ähnlichen hat das Strychnin oder Phosphor gute Dienste geleistet; das gleiche gilt von Cannabis indica, Chlorkalzium, Antipyrin kombiniert mit Natr. salicyl. und vielen anderen, die in manchen Fällen sehr wirksam sind und in anderen versagen. Zur Allgemeinbehandlung ist sorgfältige Auswahl der Diät (leichte Laxantien und alkalische Mineralwasser) und der Kleidung zu treffen. Die lokale Behandlung muß individualisiert werden. Es kommen Bäder in Betracht, so heiß als sie vertragen werden mit oder ohne Zusatz (Stärke, Malven, Kleie, Schwefel), an Stelle der Bäder lokale feuchte Kompressen mit gesättigter Borsäurelösung. Auch feste Filzverbände mit Teer oder nur trockener Watte, die tagelang liegen bleiben, werden empfohlen. Dann nennt der Verfasser kurz die bekannten Mittel, wie Karbolsäure, Resorzin usw., teils rein, teils in Form von Ölen. Zum Schlusse erwähnt Dyer noch, ohne näher darauf einzugehen, die Behandlung mit X-Strahlen und Hochfrequenzströmen.

O. Lasch-Breslau.

Digitized by Google

Zur Behandlung des Pruritus cutaneus mit Ugt. Allantoin. comp. (Antiprurit), von Baümer-Berlin. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 46.) Verfasser empfiehlt als Ersatz für die bisher angewandten Mittel gegen Pruritus, die ihrerseits häufig nicht frei von reizenden Bestandteilen seien und so einen Circulus vitiosus erzeugten, das „Antiprurit" (= Ugt. Allantoin. comp. Koch; Fabrikant Dr. Fritz Koch, München). Die Bestandteile sind: Allantoin. 0,6%, Acid. carbolic. 0,5%, Alumin. acetic. 3%, Plumb. acetic. 2%, Bornyl. acetic. 1%, Menthol 0,4%, Mucilago tritici 40%, ad. Suilli comp. 52,2%. Ihre hervorragend juckstillende Wirkung hat er erprobt bei Skabies als Symptomatikum und postskabiösen Ekzemen und Pruritus; ferner bei Pruritus genitalis, Lichen chronicus, Erythema exsudat. multiforme und zwölf Fällen von Urtikaria. Besonders hervorgehoben wird die völlige Reizlosigkeit, sowie die angenehme kühlende Wirkung.
Glombitza-Dresden.

Pruritus der Tabiker, von V. Cordier und R. Crémieu. (Lyon méd., 1914, Nr. 29.) 43jähriger Patient mit manifester Tabes; plötzlich setzte ein heftiger, nachts exazerbierender Pruritus ein. Die befallenen Stellen begrenzten sich vorne mit den Leistenbeugen, hinten mit dem oberen Drittel der Nates. Diese Region entsprach dem Innervationsgebiet des 2.—4. Lumbal- und 1.—2. (teilweise auch 3.) Sakralsegmentes. Im selben Gebiete bestand Hypästhesie für alle Qualitäten. Besserung durch epidurale Kokaininjektion, Heilung durch Neosalvarsan. Im Gegensatze zu anderen Fällen war im vorliegenden der Pruritus nicht lokalisiert, betraf einen ausgesprochenen Tabiker und war nicht von gastrischen Krisen begleitet; diese hatten im Gegenteil während der Dauer des Pruritus ausgesetzt. Verfasser ist der Ansicht, daß der Pruritus bei Tabikern immer segmentären Charakter hat, sowie daß er durch Insuffizienz, nicht durch Reizung der Nervenwurzeln bedingt sei. R. Frühwald-Leipzig.

Hartnäckiger Pruritus ani, von W. B. Cunningham-New York. (M. Record, 15. Nov. 1913.) Eine ziemlich vollständige Aufzählung aller der lokalen und allgemeinen Ursachen, die unter Umständen für hartnäckiges Jucken am After verantwortlich zu machen sind. Zugleich eine Zusammenstellung aller derjenigen Organerkrankungen, die nah oder fern vom Ort der Erkrankung gelegen, doch in irgend welcher Beziehung zu der Erkrankung stehen. In beinahe jedem neuen Einzelfalle ist die ganze Liste der Möglichkeiten zu erwägen und oft genug wird es passieren, daß die eine oder andere Organerkrankung beseitigt wird, ohne daß der Pruritus weicht; oder daß alle Möglichkeiten probiert und schließlich doch Narkotika zu Hilfe genommen werden müssen. In der sonst ausführlichen Darstellung erscheint der Hinweis auf Erkrankungen der Prostata nicht genügend. W. Lehmann-Stettin.

Zur Behandlung des Pruritus ani, von Ludwig Waelsch. (Prag. m. W., 1914, Nr. 5.) Die vom Verfasser in einer großen Zahl von Fällen erfolgreich durchgeführte Behandlung besteht auch in den Fällen, in welchen keine hämorrhoidalen Störungen vorhanden sind, in konsequentest durchgeführter „Anikure" (Reinigungsverfahren von Lenhossék angegeben), die gewöhnlich einmal täglich nach jedesmaliger Stuhlentleerung erfolgt. Gegen den Juckreiz, der sich nach dem Zubettgehen regelmäßig einstellt, bewährt sich der Arzbergersche Mastdarmkühler, abends ausgeführt von mindestens 20 Minuten Dauer. Es genügt, dann hinterher den Anus einzupudern und ein Flöckchen Watte, das durch den Puder durchgezogen wird, einzulegen. G. Heymann-Elbing.

Chirurgische Behandlung des inveterierten Pruritus ani, von P. Chastenet de Géry. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 82.) Verfasser bespricht die Technik der verschieden zur Radikalheilung des Pruritus ani angegebenen operativen Methoden. Die beste Methode ist die Durchtrennung des perinealen Astes des Nervus pudendus internus;

Digitized by Google

der Nervus dorsalis penis muß wegen der Erektionsfähigkeit geschont werden. Zweckmäßig werden auch die Hautnerven des Anus durchtrennt. R. Frühwald-Leipzig.

Sekretionsanomalien.

Ein neues Mittel zur Beseitigung des Schweißgeruchs, von KANTOROWITZ. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 2.) „Transpirol" besteht aus Homologen der Benzolkarbonsäure. Es ist in Puder- und Salbenform im Handel. Bei fötidem Fuß- und Achselschweiß soll es nie versagen. Auch bei Handschweiß hatte Verfasser guten Erfolg.

O. Valentiner-Leipzig.

Saprophyten und Fremdkörper.

Argyrie nach dem Gebrauch von Kollargol, von ANTONIO M. CRISPIN-New York. (J. Am. m. Assoc., 2. Mai 1914.) Eine Patientin hatte wegen gastrointestinaler Störungen lange Zeit Kollargol innerlich genommen, mit dem Erfolg, daß ihr Gesicht eine dunkelblaue Verfärbung annahm. Ein Versuch, durch Jodkalium die Hautfarbe aufzuhellen, mißlang völlig, dagegen hatte Hexamethylentetramin, innerlich genommen, einigen Erfolg. Bei Gelegenheit einer Blinddarmoperation konnte festgestellt werden, daß die Muskeln und Eingeweide bläulich verfärbt waren. H. Fendt-Wiesbaden.

Über Entfernung von Tätowierungen, von K. STERN-Fürth i. B. (M. m. W., 1913, Nr. 49.) Die Entfernung von Tätowierungen erzielt Verfasser, indem er eine die Farbe verdeckende Masse an der betreffenden Stelle in die Haut einbringt, d. h., indem er die blauen und roten Stellen übertätowiert. Er gebraucht dazu Instrumente, welche aus einem Griff bestehen, der Nadeln je in verschiedener Zahl und Anordnung trägt. Die deckende Masse ist zusammengesetzt aus R. Zinc. oxyd., Creta alba, Laktis und Alkohol (96%) āā. Wenn die ursprüngliche Tätowierung nicht gar zu intensiv gewesen war, gelingt es oft in einer einzigen Sitzung, dieselbe zum Verschwinden zu bringen; sonst wiederholt man nach achttägiger Pause die Behandlung noch ein- bis zweimal. A. Philippi-Salzschlirf.

Zwei Fälle von Mohrrübenfärbung, von E. MÖINICHEN-Holmenkollen. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 8.) Im Anschluß an vegetarische Diätbehandlung mit wesentlich rohen Mohrrüben trat Färbung der Haut auf. Der eine Patient (ein 23jähriges Fräulein) zeigte die Mohrrübenfärbung erst nach sechs Monaten. Die Farbe trat am stärksten im Gesicht und an den Händen hervor; 14 Tage nach Aufhören mit den Rüben, war die Farbe schon geschwunden. Der zweite Patient (Bruder der vorstehend Beschriebenen) hatte dieselbe vegetarische Diät innegehalten. Nach zwei Monaten zeigte auch er eine ausgesprochene Mohrrübenfärbung der Haut, auch wesentlich im Gesicht und an den Händen. Die Dosis war ungefähr 2—3 große Mohrrüben ein- bis zweimal täglich. W. Holland-Kristiania.

Skabiesebaga an Stelle von Unguentum sulfuratum WILKINSONI in der Skabiestherapie, von NEUGEBAUER-Wien. (Ther. d. Gegenw., Juli 1914.) Skabiesebaga ist ein mit Pinosol, einem gereinigten Holzteerpräparat, und der Salbengrundlage Ebaga hergestelltes Mittel. Der Verfasser hält es gleichwertig der WILKINSONschen Salbe, angenehmer und reinlicher bei der Anwendung und, da das Mittel an der Ausübung des Berufes nicht hindere, trotz des höheren Preises, für ökonomischer. (Nach des Referenten Ansicht haben diese Eigenschaften recht viele Skabiesmittel.)

E. Brinitzer-Altona.

Behandlung der Krätze mit Sulfidal, von J. OPSTRČIL-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 26.) Verfasser behandelte im Prager Garnisonspital etwa 100 Soldaten

Digitized by Google

mit Sulfidal. Dasselbe läßt sich in fein verteiltem Zustand auf die Haut bringen, kann tiefer in die Haut eindringen und seine keratolytische Eigenschaft leicht zur Geltung bringen. Da es nicht riecht, eignet es sich zur ambulanten Behandlung ohne Berufstörung. Die Soldaten können demnach bei ihrem Truppenkörper verbleiben. Nur dauert die Behandlung etwas länger und ist etwas teurer als mit Styrax. Das Sulfidal ist ungiftig, verursachte keine Nierenreizung, Rezidive traten nicht auf; die Wäsche wird nicht verdorben. G. Mühlstein-Prag.

Über Ristin, ein neues Krätzemittel, von Treitel. (Ther. d. Gegenw., 1913, H. 2) Ristin, das von den Elberfelder Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in den Handel gebracht wird, ist eine 25%ige Alkohol-Glyzerinlösung des Monobenzoesäureesters des Äthylenglykols. T. rühmt dem Mittel nach, daß es sicher wirksam und geruchlos ist und keine Flecke in die Wäsche macht. Die Originalflasche kostet 5 Mk. Für Krankenhäuser gibt die Firma Ristin. purum ab, und nach der Rezeptformel: Ristin. pur. 50, Spiritus 125,0, Glyzerin 25,0, können die Apotheken an Krankenhäuser die Lösung billiger liefern als in der Originalpackung. E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von multiplem Zystizerkus, von N. Müller. (Med. Obosrenje, 1914, Nr. 81, S. 340.) Die 48jährige Kranke wies im Unterhautzellgewebe eine Menge derber, glatter, beweglicher, unempfindlicher Gebilde von Kaffeebohnen- bis Haselnußgröße auf, welche sich leicht in der rechten Schläfenregion, zu beiden Seiten des Halses, auf der Brust, den Armen und auf dem Bauch durchpalpieren ließen, während sie auf dem Rücken, sobald die Kranke sich nach vorn beugte, sogar mit bloßem Auge sichtbar wurden. Außerdem bestand noch eine Parese bei der nativen Asti des Nervus facialis sin., wie eine linksseitige Hemiparese. Klinisch erinnerte der Fall an Morbus Recklinghausen, histologisch erwies es sich um Bläschenbildungen von ovaler Form im Unterhautzellgewebe, und bei deren Eröffnung um ein grauweißes Körperchen im Innern, d. h. um den Zystizerkus der Taenia solium. Die Frau hatte sich vorzüglich von gesalzenem Schweinefleisch genährt. A. Jordan-Moskau.

Ein Fall von Dracunculosis medinensis, von Joh. Cammermeyer-Kristiania. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 10.) Aus Boma (Belgisch-Kongo), wo er mehrere Jahre praktiziert hatte, berichtet Verfasser von seinem Kranken, daß er seit einiger Zeit Schmerzen im linken Fuß und eine Geschwulst am inneren Knöchel gefühlt hatte. Am 21. IV. 1914 war es zur Perforation gekommen, und der Kranke sah einen feinen drahtförmigen Wurm, der im Begriff war, die Wunde zu verlassen. Wie gewöhnlich in seiner Heimat Accra machte er den Wurm an einem Draht fest und suchte den Arzt tags darauf. Der linke Fuß und die Wade waren glänzend, geschwollen; am Knöchel eine furunkelähnliche Geschwulst, wallnußgroß, sehr empfindlich. Es fand sich hier eine Öffnung von 3 × 3 mm, wovon ein feiner, trockener Draht heraushing. Beim Ziehen kam ein Stück frischen Wurmes hervor. In diesen wurde 1‰ Sublimatlösung gespritzt, und mit Leichtigkeit ließ sich jetzt ein 16 cm langes Stück ausziehen; dann ging er in Stücke. Während der Operation floß eine milchähnliche Flüssigkeit heraus. Am 29. April kam der Mann wieder. Der Wurm hatte dann eine neue Öffnung, ein paar Zentimeter entfernt, gemacht. Es wurde jetzt in derselben Weise 40 cm extrahiert, und am 6. Mai weiter 8 cm; der Wurm hatte wieder eine neue Öffnung verursacht. Heilung in wenigen Tagen. Der Wurm war 69 ccm lang und war eine Filaria medinensis. Dieser Wurm ist im Kongodelta eingeschleppt durch diesen Kranken aus Accra, wo er endemisch ist. Die Zeit von der Aufnahme der Mikrofilarien in den Körper bis zum Hervorkommen dauert gewöhnlich ein Jahr. Die Eingeborenen wickeln auf ein kleines Holzstück so viel vom Wurm auf, als sich leicht aufrollen läßt, und machen dann das Holzstück mit einem Draht fest; dies wird täglich wiederholt, bis der

Digitized by Google

ganze Wurm aufgewickelt ist. Die mikroskopische Untersuchung der milchähnlichen Flüssigkeit, die der Gebärmutter des Wurmes entstammte, zeigte eine Unmenge von Mikrofilarien. Das Blut des Kranken zeigte keine solchen; die Zahl der eosinophilen Zellen war vermehrt. W. Holland-Kristiania.

Abszeß durch einen tierischen Parasiten, von C. Manthey-Horten. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 7.) Patient hatte seit vier Jahren eine Geschwulst am linken Augenlid gehabt. Ab und zu schwoll sie auf und es entleerte sich dann etwas von einer stinkenden, talgähnlichen Masse. Sie präsentierte sich als eine rosinengroße, rote Geschwulst in der Haut, an der Stelle des Saccus lacrymalis, doch mehr oberflächlich. Mit dem scharfen Löffel wurde stinkender Eiter und Talgmassen ausgekratzt, nebst einem stecknadelkopfgroßen, spiralenförmig gewundenem Etwas, das sich unter dem Mikroskop als eine tierische Chitinkapsel entpuppte. Entomologisch schien es die Raupe des Attagenus pellio Lin. zu sein, die sich gewöhnlich auf Pelzwerk, Häuten, alten Kleidern, ausgestopften Tieren usw. findet, wo sie viel Schaden anrichtet. Das Insekt selbst findet sich oft an Blumen mit anderen Insekten zusammen, die Blumenstaub fressen. W. Holland-Kristiania.

Lokalisation des Phthirius pubis auf der behaarten Kopfhaut des Erwachsenen, von J. Brault und J. Montpellier. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 49.) Ein 35jähriger Marokkaner kam wegen heftigem Pruritus in Behandlung. Es fand sich bei ihm eine ungeheure Menge von Filzläusen an den Prädilektionsstellen, ferner im Barte, an den Wimpern und Augenbrauen und auf dem behaarten Kopfe. Sie okkupierten hauptsächlich die Temporal- und Okzipitalgegend und reichten bis über 5 cm über die Haargrenze hinaus; sie hafteten an den Haaren und an der Haut. Die Schleimhaut des Patienten zeigte Pigmentierungen. R. Frühwald-Leipzig.

Einige Bemerkungen zur Prophylaxe der Pedikulosis, von Stefan Weidenfeld und Erwin Pulay-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 6.) Die Verfasser empfehlen gegen die Pediculi vestimentorum ein Gemisch von Paraffin und Anisöl, mit welchem die Unterwäsche getränkt werden soll. Das zur Imprägnierung verwendete Präparat hat folgende Zusammensetzung. Rp.: Paraffini solidi (von 52° Schmelzpunkt) 50,0, Oleum anisi purum 5,0, Paraffini liquidi ad 100,0. D. S. Zur Imprägnation der Wäsche. H. Vörner-Leipzig.

Ein laussicheres Übergewand, von Mathilde und Roland Grassberger. (W. kl. W., 1915, Nr. 9.) Es handelt sich um die praktische Ausführung der Idee, einen Körper und Kleidung mit Freilassen der Hände und des Gesichtes vollkommen abschließenden und daher gegen ein Einwandern der Läuse schützenden Überzug zu konstruieren, welcher außerdem noch durch beliebige desinfizierende Lösungen imprägniert werden kann. Es wird ein Modellschnitt angegeben, nach welchem man dieses Schutzkostüm von jedem Schneider anfertigen lassen kann. H. Vörner-Leipzig.

Über die Befreiung der Truppen von Kleiderläusen. Der Eisenbahnzug als Desinfektionszug, von A. Glingar. (W. m. W., 1915, Nr. 9.) Das Prinzip der Desinfektion besteht darin, den Dampf der Lokomotive durch ein Rohr in die Wagen zu leiten und auf diese Weise nicht bloß diese, sondern auch die darin aufgestapelten Gegenstände der Temperatur des durchströmenden Dampfes auszusetzen.
H. Vörner-Leipzig.

Mißbildungen.

Dissoziation in der Haarbildung, von Sicard und Reilly. (Bull. méd., 1913, Nr. 95.) Bei der 30jährigen Frau ist seit vier Jahren starke Haarbildung im Gesichte, in den Achseln, am Genitale und an den Extremitäten aufgetreten; die Kopfhaare sind

Digitized by Google

dagegen stark ausgefallen. Der Liquor enthält viel Eiweiß; Verfasser glauben daher an eine Kompression der nervösen Zentren, wahrscheinlich durch die Hypophyse. Injektionen von Hypophysenextrakt blieben erfolglos. R. Frühwald-Leipzig.

Hypertrichosis bei Frauen. Ihre Beziehung zum Hermaphroditismus, mit Bemerkungen über Bisexualität bei Tieren, von Herbert Claiborne-New York. (New York m. J., 13. Juni 1914.) Wohl übereinstimmend mit der allgemeinen Beobachtung hat Verfasser beinahe in allen Fällen von übermäßigem Haarwuchs bei Frauen mehr oder weniger männlichen Typus bei denselben gesehen: grobe Gesichtszüge, rauhe Stimme, männliches Becken, flache Brüste, mehr oder weniger männliche Neigungen. Er betrachtet weiterhin das Vorhandensein weiblicher Eigenschaften bei Männern und männlicher bei Weibern als Variationen in dem Grade der bisexuellen oder hermaphroditischen Natur des Genus homo und möchte sogar beweisen, daß dieses Zwittertum in normaler Weise beim Menschen und ebenso bei vielen, wenn nicht den meisten, der niederen Tiere vorhanden ist. Das Vorhandensein der Brustdrüsen beim Manne und der Klitoris beim Weibe sei ein schlagender Beweis für diese Annahme, neben vielen anderen analogen Zuständen in den beiderseitigen Geschlechtsorganen. Vollständiger Hermaphroditismus bei erwachsenen Menschen ist als unzweifelhaft festgestellt worden, wie zahlreiche Fälle in der medizinischen und gerichtsärztlichen Literatur beweisen. Ohne Zweifel sind die sogenannte sexuelle Perversion oder homosexuellen Neigungen eine Erscheinung von partiellem Hermaphroditismus, und bei dieser Zuneigung zum eigenen Geschlecht gibt es weitgehende Verschiedenheiten in Grad und Art. Cl. hält es daher nicht für richtig, solche Fälle, wie sie auch aus der Geschichte berühmter Männer und Frauen (Kaiser Hadrian, Sappho) bekannt sind, als eine Art Degeneration oder Atavismus anzusehen, sondern nur als verschiedene Grade in der bisexuellen Natur des Menschengeschlechts und keineswegs als Rückgang (atavistischer Rückschlag) zu den niederen hermaphroditischen Tieren. Ohne auf die weiteren physiologisch-psychologischen Beweisgründe einzugehen, seien noch die endgültigen Schlußfolgerungen der höchst lesenswerten Arbeit angeführt: der Mensch im genetischen Sinne des Wortes ist von Natur aus partiell bisexuell, indem das Weib mehr oder eher von der Natur des Mannes als der Mann vom Weibe annimmt und diese Tatsachen mit deren biologischen und soziologischen Entwicklung in Übereinstimmung sind.

M. Stern-München.

Weitere Beiträge zur Behandlung der Hypertrichose mit Röntgenstrahlen, von D. Chilaiditi-Konstantinopel. (M. m. W., 1914, Nr. 46.) Zur Entfernung von Markhaaren (nicht aber von Flaumhaaren) hat Verfasser folgende Methode sehr bewährt gefunden: Die betreffenden Haare werden einzeln mit der Pinzette ausgezogen, und zwei oder drei Tage später wird das betreffende Gebiet unter Benutzung eines Filters von 3 mm Aluminium plus 5 mm Leder einer mittelharten Strahlung ausgesetzt bis zur Erzeugung einer schwachen bis mittelstarken Reaktion ersten Grades. Die Reaktion wird 1—2 Wochen anhalten, aber nach einem Monat muß dann die Haut ihr gewöhnliches Aussehen wieder erlangt haben. Auf diese Weise werden die nach der Pinzettenepilation neu entstehenden Zellen in der Papille fast sämtlich zerstört. Nach drei Monaten treten höchstens 5—10% der Haare wieder hervor; diese werden am besten dann elektrolytisch entfernt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Entfernung des Frauenbartes, von K. Unna-Hamburg. (M. m. W., 1914, Nr. 44.) Die vielfachen Schattenseiten der elektrolytischen Behandlung und der Entfernung der Haare mit der Kromeyerschen Stanze, welche bisher immerhin als die wirksamsten Hilfsmittel gelten konnten, haben an der Unnaschen Klinik vor Jahren Anlaß gegeben, eine andere Lösung des Problems zu suchen, indem man nämlich die

Digitized by Google

Haare durch Depigmentierung mittels Sauerstoffseifen möglichst unsichtbar machte. Dies wird durch Bearbeiten mit 2—20%iger Natriumsuperoxydseife (Pernatrolseife) in sehr befriedigender Weise erreicht. Außerdem hat es sich gezeigt, daß das Wachstum der Haare bei dieser Kur ganz deutlich eingeschränkt wurde. Als weiteres Hilfsmittel kommt noch das von Frau Schwenter-Trachsler empfohlene Polieren der behaarten Stellen mit Bimstein hinzu. Dies wird entweder mit den (in der Schwanapotheke in Hamburg erhältlichen) nach U.s Angaben angefertigten gepreßten Bimsteinstücken oder mit Pulvis cutifricius, der mit einem feuchten Wattebausch oder mit dem Finger aufgenommen wird, ausgeführt. Eine Durchschnittsbehandlung dauert 8—14 Tage und gestaltet sich folgendermaßen: Einschäumen, solange es vertragen wird, 2—10 Minuten, mit fester Pernatrolseife; alsdann werden die eingeschäumten noch feuchten Hautpartien 2—5 Minuten lang poliert, worauf man die Haut abtrocknet und mit Gelanthcreme bedeckt. Bei weniger empfindlicher Haut kann die Prozedur auch zweimal im Tage wiederholt werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Dauernde Epilation durch Röntgenstrahlen ohne Schädigung der Haut, von Chilaiditi-Konstantinopel. (D. m. W., 1913, Nr. 47.) Die Ursache der schlechten Resultate bei der Behandlung der Hypertrichose mit Röntgenstrahlen lag besonders darin, daß die Papille nur um ein Geringeres röntgenempfindlicher ist als die Epidermis, so daß die Röntgendosis, bei der die Papille dauernd geschädigt werden konnte, meist auch die Haut dauernd schädigte. Dem Verfasser ist es gelungen, die Röntgenempfindlichkeit der Papille dadurch zu steigern, daß er durch Epilation mit der Pinzette den Wachstumstrieb der Papille verstärkt. Nach Angabe des Verfassers ist die Röntgenempfindlichkeit der Papille 2—5 Tage nach Epilation durchschnittlich um ein Viertel bis um die Hälfte höher, als die der normalen Papille. Verfasser glaubt durch starke Filterwirkung (3—4 mm Aluminium) Dauererfolge erzielt zu haben. Flaumhaare eignen sich nicht für diese Behandlung. Haller-Dresden.

Verschiedenes.

Prof. Domenico Majocchi in Bologna feiert heuer das 35jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Universitätslehrer.

Priv.-Doz. Dr. Josef Kyrle-Wien wurde zum Schriftführer der k. k. Gesellschaft der Ärzte gewählt.

Dr. Iwan Bloch-Berlin ist zurzeit als ordinierender Arzt am Reservelazarett in Beeskow (Reg.-Bez. Potsdam) tätig.

Geh. Med.-Rat Prof. Paul Strübing, gewesener Direktor der medizinischen Universitäts-Poliklinik in Greifswald, ist gestorben. Von ihm stammen auch mehrfache dermatologische und urologische Arbeiten (über zirkumskriptes Ödem, Herpes zoster u. a.).

Prof. Georg Cornet-Reichenhall, Mitarbeiter Robert Kochs und gewesener Assistent der dermatologischen Klinik in München (1882), ist in Berlin an Flecktyphus gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

1. Mai 1915 | Nr. 18 | Band 60

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 1 Abbildung.)

2. Der Akarusausschlag
(Demodexräude, Haarsackmilbenausschlag, Follikelräude).

Wie bereits der Name sagt, ist die Demodexräude eine durch die Demodexmilbe erzeugte Hauterkrankung. Die Demodizes sammeln sich in den Haarbälgen an und erzeugen dort eine Veränderung und einen Ausschlag. Nach Schindelka erkranken kurzhaarige und junge Tiere häufiger als langhaarige und ältere Tiere. (Von 271 Hunden, welche der Wiener Klinik zur Behandlung wegen der Demodexräude zugeführt wurden, waren 229 kurzhaarig und nur 42 langhaarig)[1]). Lindquist, Müller, Ronai usw. beobachteten das Auftreten des Akarusausschlages beim Schwein. Lindquist stellte bei einem Schwein an der Innenfläche der Schenkel eine große Menge stecknadelkopfgroßer Geschwülste fest. Die Geschwülste enthielten eine große Menge Akari. Prietsch fand bei einem Samburhirsch des Leipziger zoologischen Gartens die Demodexräude über den ganzen Körper ausgebreitet. Zschokke beobachtete die Haarsackmilbenkrätze bei Feldmäusen. Auch Ziegen, Katzen, Rinder, Kaninchen und Fledermäuse sollen an Akarusräude erkranken. Die Demodexmilbe kommt auch beim Menschen, sowohl als harmloser Saprophyt, als auch gelegentlich als Krankheitserreger vor. Heller erwähnt in seiner „Vergleichenden Pathologie der Haut", einen Fall von Babes, aus welchem hervorgeht, daß der Demodexausschlag der Tiere gelegentlich auf den Menschen übergeht. Ich möchte von den sehr spärlichen Fällen der sicheren Übertragung des Akarus der Tiere auf die menschliche Haut nur noch den beweisendsten aller Fälle, den von Lewandowsky, erwähnen. Dieser fand bei einem an einem impetiginösen Ekzem des Gesichts leidenden Italiener mikroskopische Parasiten, welche der Demodexgruppe angehörten und als Demodex canis angesprochen werden mußten, obwohl die Ansteckungsquelle nicht ermittelt werden konnte.

[1]) Schindelka, Hautkrankheiten bei Haustieren. 1908, Bd. 4, S. 242.

Digitized by Google

Man unterscheidet klinisch zwei Formen von Akarusräude, eine squamöse und eine pustulöse, zwischen welchen es Übergangsformen gibt. Obwohl die Milben in sehr großer Zahl in den Haarfollikeln der Hunde vorkommen, findet die Ansteckung von Hund zu Hund, auch wenn die Hunde zusammenleben, nicht immer statt, während bei anderen Fällen ein kurzes Zusammenleben genügt, um die Ansteckung zu vermitteln. GUINARD gelang es auf experimentellem Wege, die Akarusräude von einem Kranken auf einen gesunden Hund zu übertragen. Durch Einreiben akarushaltigen Materials auf die Haut eines halbjährigen Hundes, erzeugte er im Laufe eines Monates einen typischen Akarusausschlag. Übertragungsversuche auf ältere Hunde verliefen negativ. Die Infektion erfolgt wohl ausschließlich durch unmittelbare Übertragung der Demodizes vom kranken auf das gesunde Tier[1]). Die Haarsackmilbe wurde nahezu gleichzeitig von drei Forschern, BERGER, HENLE und SIMON, unabhängig voneinander im Jahre 1841—1842 entdeckt. Der Leib der Demodizes ist langgestreckt, walzenförmig, etwa 0,3 mm lang, nach hinten zugespitzt und fein gestreift. Der Kopf ist hufeisenförmig. Auf dem Leibe, auf dessen ventraler Seite, befinden sich bei der Jugendform der Demodex drei, im ausgewachsenen Zustande vier Paar mit Krallen versehener kurzer Füße.

Daß die Demodexräude eine schwer zu heilende Krankheit ist, geht aus der großen Menge von Behandlungsmethoden und Medikamenten, welche sich bei der Akarusräude bewähren sollten, hervor. Es wurden unter anderen folgende Mittel angepriesen: Kreolin (GUINARD), Ichthargan, Jod und Teervasogen (DIFFINE), Perubalsam (SIEDAMGROTZKY), salpetersaures Silber und Alkohol (SCHEBEN), Styrax (ALBRECHT), Schwefelleberbäder (FRIEDBERGER), Jodtinktur (KOPPEL), Formalin (SCHINDELKA, SEHJEFLO), Schwefelkohlenstoff (SCHINDELKA), Wacholderöl (UNTERBERGER), Alkohol (DUPAS), Schwefelblumen (DIETZ), Petroleum (ALTMANN), Quecksilber und Kantharidinsalbe (HELBRANT, ANTOINE), Salizylöl usw., Bäder, Skarifikation, Kauterisation, Ausquetschen und Exzision usw.

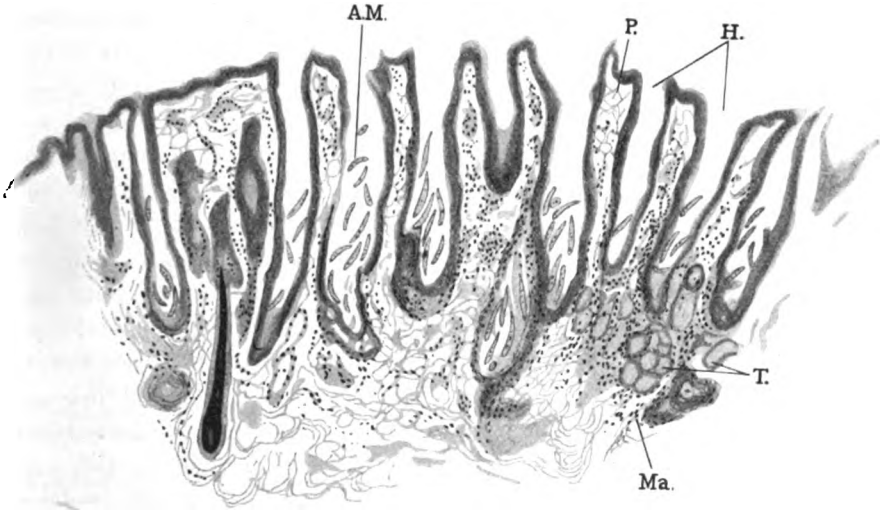
Mikroskopischer Befund. Die mir zur Verfügung gestellten Hautstücke zerlegte ich in senkrecht und parallel zu den Haarbälgen geführte. Ich beginne mit der Beschreibung eines Schnittes, der parallele Schnittrichtung mit den Haarbälgen aufweist.

Obwohl das Hautstück von der Kopfhaut eines Hundes stammt, welcher am übrigen Körper ein sehr dichtes Haarkleid zeigt, erkennt man schon bei der Betrachtung des Präparates bei schwacher Vergrößerung, daß nahezu sämtliche Haare ausgefallen sind. An jenen Stellen,

[1]) GUINARD, Übertragung und Heilungsversuche betreffend die Akarusräude des Hundes. Zit. Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der vet. Med., 1886, S. 149.

Digitized by Google

wo einst die Haare gesessen hatten, stülpt sich das Epithel fingerförmig in die Kutis hinein vor. Diese um das Drei- und Mehrfache erweiterten tiefen Epitheleinsenkungen entsprechen den Haarfollikeln, welche mit verhornten, von der Wurzelscheide abstammenden Massen mehr oder weniger ausgefüllt sind. In diesem Hornzellendetritus liegen im unteren Drittel des Haarbalges die Demodexmilben. Die Zahl derselben ist verschieden: ich habe in einzelnen Haarbälgen nur ganz vereinzelte gezählt, in anderen hingegen 50 und mehr. Bei starker Vergrößerung betrachtet, finden sich alle Entwicklungsstadien nebeneinander. Zwischen kleinen Gebilden, die man als in der Furchung begriffene Eier ansprechen muß, finden sich große wohlausgebildete Individuen, welche meist mit der



H. = Haarfollikel sehr stark erweitert, enthalten die Akarusmilben und die von der inneren Wurzelscheide stammenden Hornmassen, A.M. = Akarusmilben, Längs- und Querschnitte, Ma. = Mastzellen, T. = Talgdrüsenquerschnitte, P. = fadenförmige Papillen mit stark erweiterten Blutgefäßen und Mastzellen.

Achse des Haarfollikels parallel liegen und mit dem Kopf nach dem Grunde des Follikels zu gerichtet sind. Die Demodexmilben begnügen sich nicht nur mit dem Haarfollikel, sondern wandern von dort auch in die mit den Follikeln in Verbindung stehenden Talgdrüsen aus und verursachen auch dort den Untergang des drüsigen Elementes und eine bläschenförmige Erweiterung des Drüsenschlauches. Das Eindringen der Milben in die Talgdrüsen muß, nach meinen Präparaten zu schließen, als ein nicht sehr häufig vorkommendes Ereignis angesehen werden. Ein Eindringen von Milben in die Schweißdrüsen habe ich nicht beobachtet. Zwischen den verbreiterten Epithelleisten finden sich fadenförmige und sehr in die Länge gezogene Papillen, welche sehr stark erweiterte Gefäße aufweisen, die ihrerseits wiederum von prächtig ausgebildeten Mastzellen mit Hofbildung begleitet sind. In der Tiefe der Kutis kommen, um Gefäße und Schleimdrüsen gelagert, Plasmombildungen vor. Neben den schönsten pflastersteinförmigen Plasmazellen sieht man

Digitized by Google

Übergänge derselben zu Spindelzellen und eine große Menge wohlausgebildeter Mastzellen.

Wir haben uns den Verlauf der Infektion der Hundehaut mit Demodex folliculorum folgendermaßen zu denken. Die Milbe dringt längst des Haarschaftes in die Tiefe des Follikels ein, vermehrt sich, bringt das Haar zum Ausfall und erweitert den Haarfollikel. Von hier aus wandert sie zuweilen auch in die Talgdrüsen ein und erweitert und zerstört den Drüsenschlauch mehr oder weniger. Dieses soeben geschilderte Krankheitsbild ist charakteristisch für die squamöse Form der Akaruserkrankung des Hundes. Durch das Hinzutreten von Eitererregern und durch deren Eindringen in die Haarbälge entsteht dann, sekundär, eine Eiterung, welche sich klinisch in der sogenannten pustulösen Form zu erkennen gibt. Die Demodexräude stellt nur durch das sekundäre Hinzutreten der Eitererreger eine so schwer zu heilende, nahezu unheilbare Erkrankung der Hundehaut dar. Die Demodexmilben sind auch nicht als die Todesursache der Tiere zu betrachten, denn ohne das Hinzutreten von pathogenen Eitererregern ist die Demodexräude keine zum Tode führende Erkrankung. Die Demodexräude stellt deshalb eine so schwer zu heilende Erkrankung dar, weil die Milben in den Pusteln tiefer in die Haut einzudringen vermögen und somit für die Antiparasitika weniger erreichbar sind. Wir müssen somit die Stoffwechselprodukte, die Toxine, der sekundär hinzugetretenen Staphylokokken als Ursache der Kachexie und des allmählich eintretenden Marasmus und Exitus der Tiere verantwortlich machen. Ich möchte mich in dieser Hinsicht vollkommen den Beobachtungen und experimentellen Arbeiten von Gmeiner anschließen, welcher in seiner vorzüglichen Arbeit „Demodex folliculorum des Menschen und der Tiere“ sich auf denselben Standpunkt stellt[1]).

Literatur.

Schindelka, Hautkrankheiten der Haustiere. Wien 1908, 2. Aufl. — Hutyra-Marek, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Jena 1909, Bd. 2. — Heller, Vergleichende Pathologie der Haut. Berlin 1910. — Müller, Georg, Die Wirkung verschiedener Antiskabiosa auf die einzelnen Milbenspezies der Haustiere. Zit. Jahresbericht der vet. Med., 1889, S. 163. — Schneidemühl, Vergleichende Pathologie und Therapie. Leipzig 1898. — Friedberger und Fröhner, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. — Lindquist, Ein Fall von Akarusräude beim Schwein. Jahresbericht über die Leistungen auf dem Gebiete der vet. Med., 1883, S. 118. — Müller, Akarus beim Schwein. Ibidem, 1903, S. 186. — Prietsch, Demodex folliculorum bei einem Sambur-hirsch des Leipziger zoologischen Gartens. Ibidem, 1886, S. 149. — Zschokke, Die Haarbalgmilbe bei der Feldmaus. Ibidem, 1888, S. 159. — Guinard, Übertragung und Heilmittelversuche betreffend den Akarus des Hundes. Ibidem, 1890, S. 43. — Megnin, Les parasites et les maladies parasitaires. Paris 1880.

[1]) Vgl. Arch. f. Derm., Bd. 92, S. 25—91.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Pemphigus vegetans, monographisch dargestellt von Richard Frühwald-Leipzig. (Verlag von Leopold Voss, Leipzig 1915.) Über den Pemphigus vegetans sind schon mehrere zusammenfassende Veröffentlichungen erschienen; aber sowohl in bezug auf Vollständigkeit als auch kritische Sichtung lassen sie zu wünschen übrig. Wenn auch die Darstellung des klinischen Bildes seit Neumanns erster Veröffentlichung im Jahre 1876 bzw. erster zusammenfassender Schilderung im Jahre 1886 kaum neues gebracht hat, und auch in der Histologie der verhältnismäßig nicht so seltenen Erkrankung eine gewisse Klarheit und Übereinstimmung der Befunde geschaffen ist, so sind wir doch bezüglich der Ätiologie und Therapie kaum weiter gekommen.

Als künftige Forschungsunterlage muß man daher die aus Rilles Klinik hervorgegangene Arbeit F.s ansehen, und wegen ihrer sorgfältigen Literaturzusammenstellung, sowie ihrer systematischen Darstellung wird sie sicherlich zukünftigen Untersuchungen ein wertvoller Wegweiser sein. Nach eingehender Darstellung der Kasuistik und Kritik der zweifelhaften Fälle berichtet F. in einer klinischen Zusammenstellung über Alter und Geschlecht der Kranken, über den Beginn der Erkrankung, ihre primäre Lokalisation, das Auftreten auf Haut und Schleimhaut, über die Vegetationen, den weiteren Verlauf und Ausgang des Pemphigus, über seine Prognose sowie über Untersuchungsergebnisse von Blut, Harn und Blaseninhalt. Die pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie werden berücksichtigt und mit der Erörterung der eigenen histologischen Untersuchungen sowie einer Zusammenfassung der histologischen Befunde der Verfasser die Entstehung der Wucherungen und die histologische Differenzialdiagnose kritisch dargestellt. Nach eingehender Stellungnahme zur Ätiologie faßt F. das Ergebnis seiner Untersuchungen zusammen, ohne naturgemäß wesentlich Neues bringen zu können.

Die so eingehende Bearbeitung des überall verstreuten Materials, dazu die kritische Verwertung der eigenen Befunde, sichern dem Buche seinen bleibenden Wert.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der Literatur.

Mißbildungen.

Über Albinismus auf den Philippinen, von Victor G. Heiser und Rafael Villafranca-Manila. (Philippine J. of Sc., Dezember 1913, Bd. 8, H. 6.) Unter der großen Zahl von Albinos, die auf den Philippinen als vorhanden festgestellt sind, sind vielfach nur inkomplette. Über die Ursache des Albinismus herrscht keine Einigkeit unter den Verfassern; einige halten denselben für eine Krankheit oder wenigstens den Rest einer solchen, andere denken an den Einfluß der Hitze, und manche glauben an ein „Versehen der Mutter während der Schwangerschaft". Darüber aber herrscht Einigkeit, daß es sich um eine fehlerhafte Entwicklung des pigmentproduzierenden Organapparates handelt.

Geoffroy Saint Hilaire unterscheidet je nach der Ausdehnung drei Gruppen: 1. eine komplette Form, bei der das Pigment völlig fehlt, 2. eine Teilform, bei der es nur an einzelnen Körperstellen vorhanden ist, und 3. eine unvollkommene Form, bei der das Pigment überall, aber in ungenügender Menge vorhanden ist. Der totale Albinismus ist stets, der partielle zumeist kongenital. Während Montinola an einen nervösen Ursprung des Albinismus glaubt, hat Hurley zehn Fälle gesammelt, in denen ihm die Blutsverwandtschaft die wichtigste Rolle zu spielen scheint. Die Augen der Albinos sind blau und die Augäpfel pigmentlos, viele sind kurzsichtig, lichtscheu und zeigen bei

Digitized by Google

weiter Öffnung der Lider lebhafte Oszillationen des Augapfels. Viele Albinos haben auch andere körperliche Deformitäten, und sie gelten im allgemeinen alle als geistig minderwertig; das letztere trifft aber nach Feststellung des Verfassers nur bei den auch physisch nicht normal entwickelten Individuen zu. Villafranca hat auch Schweine, Ratten und andere Tiere als komplette Albinos gefunden.

Der Arbeit sind beigefügt: 1. Abbildungen je eines männlichen und eines weiblichen Albinos, und 2. die tabellarische Übersicht von 198 Antwortschreiben, die auf einen herumgesandten Fragebogen einliefen; in demselben waren Fragen gestellt über Namen, Geschlecht, Alter, Stand, Beschäftigung, Grad des Albinismus, Wohnort, Haut- und Haarfarbe, Augen, Charakter und Konstitution, geistige Fähigkeit, und ob andere Familienmitglieder gleichfalls Albinos seien oder wie weit dies nicht zuträfe. Diese Tabellen geben dem sich für die Frage Interessierenden wertvolle Anhaltspunkte.

O. Lasch-Breslau.

Klinische Beobachtungen über Albinismus, von Erich Ebstein und Hans Günther. (Zschr. f. Morphol. u. Anthropol., Bd. 17, H. 2.) Gelegentlich klinischer Untersuchungen an Albinos fiel es den Verfassern auf, daß das Krankheitsbild des Albinismus nur wenig studiert und deshalb der klinische Symptomenkomplex in den Handbüchern nur wenig berücksichtigt sei. Um diesen Mangel abzuhelfen, geben die Verfasser auf Grund ihrer Literaturstudien und eigener Beobachtungen ein erschöpfendes Bild der Klinik des Albinismus und erörtern auch die Ätiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie dieser Krankheit. Denn als Krankheit sehen sie den totalen Albinismus an, da die Individuen durch körperliche und geistige Gebrechen in ihrer Leistungsfähigkeit oft erheblich beeinträchtigt werden. Die Einzelheiten der interessanten Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden. Verfasser bringen die Stammbäume, Abbildungen und klinischen Beobachtungen von zwei Albinofamilien und zwei weiteren Fällen.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Kasuistik der Nävi, von V. Brabec-Böhm.-Brod. (Časopis lékařův českých, 1913, Nr. 45.) Bei einem zweijährigen Mädchen fand sich ein Nävus, der den ganzen Rücken einnahm. Seine Grenze verlief vom 5. Halswirbel nach links zum Schultergelenk, in die Axilla, an der Mamilla vorbei zur Spina ant. sup., von hier horizontal zur Wirbelsäule. Die rechte Seite ist annähernd symmetrisch befallen, nur ist hier der Humerus bis zur Mitte seiner Länge ergriffen und die vordere Brustwand bis zum Sternum. Diese ganze Fläche ist teils violettbraun, teils graubraun pigmentiert und gleichmäßig mit Haaren bedeckt, die stellenweise eine eigentümliche Anordnung haben. Außerdem fanden sich über den ganzen übrigen Körper zerstreute pigmentierte und verruköse Nävi und Hypertrichosen auf nicht pigmentierter Haut. Ein exstirpierter tumorartiger Teil des großen Nävus bestand aus großen, runden, reich pigmentierten Zellen, die einem Sarkom am nächsten zu sein schienen. Das Pigment fand sich auch im bindegewebigen Stroma.

G. Mühlstein-Prag.

Zur Ätiologie und Klinik der Dermoide und kongenitalen Epidermoide, von Leo Cederbaum-Breslau. (Beitr. z. kl. Chir., 1913, Bd. 88, H. 1.) Der Verfasser hat die in der Breslauer Klinik im Verlauf von sechs Jahren beobachteten Fälle von Dermoiden und Epidermoiden zusammengestellt; es handelt sich um 54 Fälle, von denen 33, d. h. über 61%, im Bereiche des Kopfes saßen, 14, d. h. 26%, in der Halsgegend (darunter 7, d. h. 13% aller Fälle, am Mundboden), 2 am Jugulum, 3 am Kreuzbein, 2 am Nabel und je einer an der Linea alba und am Glutäus. Die Deutung der Genese des letzten Falles bereitet einige Schwierigkeit, während der Verfasser für alle übrigen die Remaksche Hypothese über die Entstehung der Dermoide, resp. kongenitalen Epidermoide als ausreichende Erklärung betrachtet. Cederbaum sucht zu beweisen, daß

Digitized by Google

die Entstehung der Dermoide auf fötale Verlagerung von ektodermalen Bestandteilen zurückzuführen sei, und stellt aus der sorgfältig zusammengetragenen ziemlich umfangreichen Literatur die klinischen Beobachtungen, embryologischen und histologischen Untersuchungen und Tierexperimente zusammen. Klinisch sind die Geschwülste, deren Inhalt aus Hornschuppen, Haaren, Talgdrüsensekreten usw. zu bestehen pflegt, fast stets leicht operierbar, selbst die am Boden der Mundhöhle gelegenen, mit Ausnahme der im Mediastinalraum lokalisierten, bei denen die Prognose fast allgemein ungünstig zu stellen ist. O. Lasch-Breslau.

Dermoidzyste der Leistengegend, von Champel. (Lyon méd., 1914, Nr. 4.) Der 18jährige Patient hatte einen hühnereigroßen Tumor in der linken Leistengegend, der als Samenstrangzyste angesehen wurde. Bei der Operation zeigte sich, daß die Innenwand aus Haut bestand und daß Haare und Talg vorhanden waren.
R. Frühwald-Leipzig.

Ein eine Cystis sebacea vortäuschendes Kankroid der behaarten Kopfhaut, von W. Zannini-Leno. (Gazz. degli osped. e delle clin., 1914, Nr. 11.) Bei einer Frau entwickelte sich mitten auf dem Kopfe eine wallnußgroße, ziemlich harte, jedoch etwas elastische, durch einen breiten kurzen Stiel mit der Kopfhaut verbundene Geschwulst, die an einer Seite ulzeriert war; auf Druck keine Schmerzen; keine Infiltrierung der zervikalen Lymphdrüsen; bei Zusammenpressen mit zwei Fingern trat keine Flüssigkeit heraus. Histologisch untersucht erwies sich der Tumor als Kankroid, dessen Entwicklung jedenfalls von den Zellen der Talgdrüsen ausgegangen war. K. Rühl-Turin.

Elefantiasis neuromatosa, von Norman S. Carmichael. (Edinburgh J., November 1913.) Verfasser berichtet über drei Fälle von elefantiastischen Veränderungen an den Beinen bei Kindern. Da kein anderer Grund für diese (Filaria, Druck im Becken) gefunden werden konnte, so nimmt Verfasser zugleich mit Rücksicht auf den Beginn, die Entwicklung und die Hautverdickungen eine angeborene Form der Elefantiasis an. Diese neuromatösen Elefantiasisformen entwickeln sich meist im Anschluß an einen Nävus; bei der Geburt sind sie oft noch nicht vorhanden, beginnen aber stets in frühester Kindheit. Die erste Entwicklung geht meist unbemerkt vor sich; erst wenn die Tumoren mechanische Störungen verursachen, werden sie beachtet. Die Haut ist verdickt, oft pigmentiert und haarig. Manchmal können die Knoten malign degenerieren. Mikroskopisch findet man eine Wucherung des endoneuralen Bindegewebes zwischen den Nervenfasern. R. Frühwald-Leipzig.

Über Behandlung der angeborenen Elefantiasis des Armes mit Lymphangioplastik nach Handleys Methode, von Robert Meyer. (Diss., Straßburg 1913.) 14jähriger Knabe. Linker Arm elefantiastisch. Handleysche Lymphangioplastik wurde mit positivem Erfolg ausgeführt. Die eingelegten Seidenfäden erfüllten ihre Aufgabe (Schaffung neuer Lymphbahnen zum Abfluß der gestauten Gewebsflüssigkeit) einwandfrei. Das geht aus der ständigen Abnahme des Armumfanges und aus der erheblichen Erweichung und Erschlaffung des subkutanen Gewebes hervor. Auch das Verschwinden der Stauungserscheinungen an der Oberfläche der Epidermis, Varizen usw. kann als Beweis in diesem Sinne verwertet werden. Die Operation hatte in dem ausführlich geschilderten Falle die Bedeutung eines Eingriffes, der durch die aus ihm resultierenden Veränderungen in der betroffenen Extremität Heilung im Sinne einer möglichsten Besserung direkt bezweckte und erreichte. Es scheint der Schluß berechtigt, daß die Lymphangioplastik für die obere Extremität bei Elefantiasis congenita und auch bei anderen, die gleichen Erscheinungen bietenden Elefantiasisarten sehr wohl Anspruch auf den Rang eines selbständigen therapeutischen Eingriffes machen kann. F. Loeb-München.

Digitized by Google

Ein Fall von Elefantiasis nach Lymphangitis postdysenterica, von Eugen Marcovici-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 3, S. 64.) Der Patient hatte seit drei Wochen an Ruhr mit Fieber und blutigen Stühlen gelitten, als er unter erneutem Temperaturanstieg eine Schwellung des linken Fußes bekam, welche sich bald über die ganze Extremität erstreckte. Die Temperatur wurde wieder normal, ebenso die Tätigkeit des Magendarmkanals, aber das linke Bein bis zur Darmbeinkante blieb geschwollen. Der Mangel akuter Entzündungserscheinungen, von Bewegungseinschränkung der Gelenke, der Schmerzhaftigkeit, ein negativer Röntgenbefund, der Ablauf der entzündlichen Erscheinungen und bleibende Gewebszunahme, sprechen für eine Elefantiasis, die im Zusammenhang mit der durchgemachten schweren Diphtherie steht. H. Vörner-Leipzig.

Ein Fall von allgemeiner Behaarung mit heterologer Pubertas praecox bei dreijährigem Mädchen (Hirsutismus?), von W. Herzog-München. (M. m. W., 1915, Nr. 6 u. 7.) Bei dem sehr eingehend beobachteten und auch spezialärztlich nach verschiedenen Richtungen hin genau untersuchten Falle handelte es sich zweifellos um ein ungewöhnlich entwickeltes Mädchen von $3^1/_3$ Jahren, das seit etwa $1^1/_2$ Jahren eine abnorme Entwicklung von Haarwuchs am Mons veneris, den Achselhöhlen und den unteren Extremitäten und namentlich an der Oberlippe und den Wangen aufwies. Aus einer eingehenden Würdigung der Literatur und des erhobenen Befundes zieht Verfasser den Schluß, daß es sich hier um ein echtes weibliches Wesen mit abnormen sekundären Geschlechtsmerkmalen handelt, dem Albanschen Pseudohermaphroditismus und auch dem Aperschen Hirsutismus entsprechend. A. Philippi-Salzschlirf.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Die gerichtliche Medizin und die Homosexualität, von P. Näcke-Colditz in Sachsen. (Arch. f. Psych., 1914, Bd. 53, H. 1.) Die vorliegende Arbeit ist eine Art Polemik gegen eine Arbeit von Ziemke (Arch. f. Psych., 1913, Bd. 51, H. 2) und enthält in Auszügen das wesentlichste aus einer früheren, größeren Arbeit Näckes (Zschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych., 1913, Bd. 15, H. 5). Näcke steht auf dem Standpunkte, daß alle Fragen betreffend die Homosexualität nicht in das Gebiet der Psychiatrie gehören, sondern den Fachsexologen überlassen werden sollten. Die echte Homosexualität ist angeboren; die erworbenen Fälle sind entweder Fälle von tardiver, echter Homosexualität oder Pseudosexualität. Ausnahmen von dieser Regel läßt Näcke nicht gelten. Auch ursprüngliche Gegner der kongenitalen Auffassung, wie v. Krafft-Ebing und Bloch, haben sich belehren lassen. Die Homosexualität ist wohl nicht als Entartung, sicher nicht als Krankheit, sondern höchstens als eine Abnormität, eventuell eine Entwicklungsstörung aufzufassen, und bei Behandlung dieser wichtigen Fragen darf man sich nur vom rein naturwissenschaftlichen Standpunkte aus leiten lassen. Die Homosexualität ist wahrscheinlich unausrottbar wie die Verbrechen, und das muß seine biologischen Gründe haben. Homosexuelle Handlungen machen noch lange keine Homosexualität aus, hier entscheidet allein das homosexuelle Gefühl. O. Lasch-Breslau.

Über Eunuchoidismus, von Alfred Sänger-Hamburg. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3/6.) Bei dem großen Interesse, das im Augenblicke für die innersekretorischen Organe und die Vorgänge — physiologische wie pathologische — in denselben vorhanden ist, sind in dieses Gebiet schlagende kasuistische Mitteilungen stets freudig zu begrüßen. Sänger berichtet einige Fälle von mehr weniger ausgesprochenem Eunuchoidismus (mit Abbildungen); er hält dieselben für nicht so selten, als man im allgemeinen annimmt, und er glaubt auch, besonders auf Grund seines letzten Falles (Eunuchoidismus und Akromegalie), daß der Eunuchoidismus nicht lediglich auf einer Ver-

Digitized by Google

änderung der Keimdrüsen beruhe, sondern daß wahrscheinlich Veränderungen der Hypophysis eine Rolle spielen. O. Lasch-Breslau.

Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus (Pseudarrhenie), von C. Benda-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 2.) Das Präparat entstammt einem zweimonatigen Kinde mit männlichem Vornamen, an dessen männlicher Eigenschaft wahrscheinlich bei Lebzeiten keine Zweifel aufgetaucht waren, da die äußeren Genitalien keine Abnormität aufwiesen, als daß im Skrotum keine Hoden zu fühlen waren. An der Leiche ergab sich dann, daß es sich um eine Mißbildung sicheren weiblichen Geschlechts mit weiblichen Keimdrüsen und Ableitungswegen — Tuben, Uterus, Vagina — und ausgebildeten äußeren männlichen Genitalien mit Prostata handelt. B. schlägt für diese Form der Mißbildung den Namen Pseudarrhenie (Scheinmännlichkeit eines weiblichen Individuums) vor.
E. Rossen-Wiesbaden.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus, von P. Fraenckel. (Virch. Arch., Bd. 215, H. 3.) Das bisherige Material an diesen Fällen sei naturgemäß wenig mit Rücksicht auf die neuen Lehren der innersekretorischen Funktionen untersucht worden. Der von F. mitgeteilte Fall bietet ein besonderes Interesse durch die starke allgemeine Hyperplasie beider Nebennieren. Nach F. sind bisher elf Fälle von diffuser Nebennierenhyperplasie und zwei von Nebennierengewebstumoren bekannt, im ganzen $^1/_5$ der 74 obduzierten Fälle vom weiblichen Scheinzwitter. Die Arbeit enthält eine ausführliche Erörterung des histologischen Befundes und die kritische Bewertung desselben im Hinblick auf die gleichartigen Fälle der Literatur. E. Brinitzer-Altona.

Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von Allmann. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 3.) Bei einer 22jährigen Plätterin, die wegen Schmerzen und Schwellung in der linken Leistenbeuge auf die gynäkologische Abteilung des Hamburger St. Georg-Krankenhauses aufgenommen wurde, ergab die Untersuchung, daß man es mit einem männlichen Individuum mit nur wenigen sekundären weiblichen Geschlechtscharakteren zu tun hatte. Die äußeren Geschlechtsteile zeigten eine vom Präputium entblößte Glans, das Glied war kleinfingerdick, rechts und links die großen Schamlippen. Auf beiden Seiten ließen sich im Leistenkanal kugelförmige Gebilde nachweisen. Wegen der linksseitigen, durch eine Hernie verursachten Schmerzen wurde Patientin operiert. Der kugelförmige Körper erwies sich als Hoden. Das Besondere an diesem Falle waren Schmerzen, die sich regelmäßig alle vier Wochen einstellten, dabei Ziehen im Leib und Kreuz. Als Erklärung hierfür führt Verfasser zwei Möglichkeiten an. Es könnte sich — wie manche Verfasser meinen — um gewisse periodische Zustände bei Männern handeln. Dabei könnte die Blutverteilung anders sein als gewöhnlich; der Hoden, im Leistenkanal gelegen, könnte anschwellen und so Schmerzen verursachen. Es könnte sich aber auch um eine Störung der inneren Sekretion der Geschlechtsdrüsen handeln.
E. Brinitzer-Altona.

Vorzeitiges Wachstum der äußeren Genitalien infolge von Hypernephrom der Nebennierenrinde, von H. D. Jump, H. Beates und W. W. Babcock-Philadelphia. (Am. J. m. Science, April 1914.) Bei einem vierjährigen Mädchen, das schon im ersten Lebensjahre eine ganz abnorme Haarbildung am Mons veneris und in den Achselhöhlen dargeboten hatte und in der Folgezeit durch abnormes Wachstum und Stimmbildung auffiel, wurde eine größere Umbildung in der rechten Weiche konstatiert. Bei der Operation fand man ein großes Hypernephrom der Nebenniere mit Fortwuchern auf die Niere. Das Kind starb drei Stunden nach Beendigung des Eingriffs. Die inneren Geschlechtsorgane waren dem Alter entsprechend. Verfasser haben aus der Literatur 17 analoge Fälle zusammengestellt, welche teils mit, teils ohne Operation alle tödlich verliefen. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Ein Fall von Riesenwuchs mit Atrophie der Geschlechtsorgane, von Z. Brind-Berlin. (Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. 103, H. 3.) Die Ursache des Riesenwuchses ist noch nicht geklärt. Aus der Literatur ist zu ersehen, daß sehr oft die Blutdrüsen, wie Thyreoidea, Hypophysis, Thymus, Nebennieren und Geschlechtsdrüsen von mehr oder weniger großer Bedeutung für den Körperwachstum sind, daß beim Riesenwuchs meist Tumoren dieser Drüsen vorkommen, während der Zwergwuchs gewöhnlich von Hypoplasie bzw. Aplasie dieser Organe begleitet zu sein scheint. Verfasser schildert den Fall eines achtjährigen Knaben, bei welchem im Gegensatz zu den übrigen Körperteilen der Penis und das Skrotum schwach entwickelt sind. Der Knabe entspricht hinsichtlich seiner Größe einem 15—16jährigen Knaben. Verkrümmungen der unteren Extremität und Exostosen sprechen für eine Erkrankung des Knochensystems. Ob hier tatsächlich die Anomalien der Geschlechtsorgane die Ursache des Riesenwachstums sind, ist schwer zu beantworten. Es ließe sich vielleicht annehmen, daß das Hodensekret eine Hemmung des Wachstums bewirkt. Fällt dieser Faktor weg, dann kommt der Riesenwuchs zustande.

W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Spontangangrän der Genitalien, von Pujol-Tarascon. (Bull. méd., 1914, Nr. 31.) Bei einem Manne mit Skrotalgangrän fand Verfasser ein Ulkus am Anus und von dort einen lymphangitischen Streifen nach dem Skrotum ziehend. Bei einem Kinde trat nach einem wandernden Erysipel Skrotalgangrän auf. Diese Beobachtungen befestigen beim Verfasser die Ansicht, daß die sogenannte Spontangangrän der Genitalien nichts weiter sei als eine Folge, eine Komplikation, irgend einer anderen infektiösen Affektion. Deshalb sei die Diagnose „Spontangangrän" einzuschränken und stets nach der Ursache zu suchen. R. Frühwald-Leipzig.

Harnröhren- und Prostatasymptome, durch einen umfangreichen Mastdarmpolypen (?) verursacht, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York m. J., 13. Juni 1914.) Bei dem 37jährigen Patienten war geringer eiteriger Ausfluß mit Brennen im hinteren Teile der Harnröhre und häufigem Harndrang bereits seit mehreren Jahren vorhanden und außerdem ein bestimmtes, aber schwer zu beschreibendes Gefühl im Mastdarm. Die vorgenommene Proktoskopie ergab eine der vorderen Mastdarmwand anliegende, direkt der Prostata und dem Verlauf der Harnröhre gegenüberliegende fibröse, bewegliche, nichtvaskuläre Geschwulst von der Größe der halben Kleinfingerspitze. Mit der diagnostischen Annahme eines Polypen oder Fibroms ward sofortige Operation angeraten und auch mit dem Erfolge ausgeführt, daß alle Harnröhren- und Prostatasymptome völlig schwanden, ebenso wie die Neigung zu Obstipation. P. glaubt, daß mancher solcher Fall als „sexuelle Neurasthenie", einem sehr schlechten diagnostischen Ausweg, bezeichnet wird und die hohe Notwendigkeit allseitiger objektiver Untersuchung ergibt. M. Stern-München.

Dystrophia adiposo-genitalis, von M. Sandved-Telemarken. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1914, Nr. 7.) Ein 58jähriger Mann von 158 cm Höhe; sein Unterleib hatte einen Umfang von 111 cm. Von Kind auf war er sehr fett. Die Stimme ist kindlich; kein Bartwuchs nachweisbar. Der Patient macht im ganzen einen femininen Eindruck und hat immer Stellung als „Kuhmagd" gehabt. Das Geschlechtsleben ist nur rudimentär entwickelt. W. Holland-Kristiania.

Eine Erleichterung für den zystoskopischen Unterricht, von P. Meyer. (Zschr. f. gyn. Urol., 1913, Nr. 5.) M. empfiehlt für Anfängerkurse und für Demonstrationen zur leichteren Lokalisierung bestimmter Teile des Gesichtsfeldes ein Zystoskop mit Fadenkreuz. Dieses Fadenkreuz teilt eine Linse in vier Quadranten und damit gleichfalls das Gesichtsfeld. Lieferant L. und H. Löwenstein, Berlin. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Einige meiner Erfahrungen auf dem Gebiete moderner Urologie, von O. Kneise-Halle a. S. (M. Kl., 1913, Nr. 42.) Der Verfasser bemüht sich an einer Reihe von Beispielen, die enorme Bedeutung der richtig ausgeführten Zystoskopie zu beweisen; mit heller Begeisterung spricht er von den großen Erfolgen, die er dem diagnostischen wie dem Operationszystoskop verdankt. Wenn irgend möglich soll die Sectio alta vermieden und jeder Tumor und jeder Stein endovesikal operiert werden. Auf diese Weise seien die Rezidive seltener und die Gefahr der Propagierung maligner Geschwülste geringer; bei gefüllter Blase seien die Tumoren besser zu übersehen und radikal zu zerstören; die Narkose sei in den meisten Fällen zu ersparen; die Heilungsdauer sei wesentlich kürzer und die Furcht des Patienten vor einer endovesikalen Operation geringer. Schattenseiten der endovesikalen Operationsmethoden erkennt der Verfasser überhaupt nicht an. Dann betont er die Wichtigkeit der funktionellen Nierendiagnostik, durch die allein es vermieden werden könne, daß schwere Fehlgriffe bei der Operation geschähen, indem etwa die gesunde Niere exstirpiert und die kranke im Körper belassen werde. Endlich lenkt Kneise die Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit der Nieren- und Blasentuberkulose, an die man stets denken müsse, wenn die gewöhnlichen therapeutischen Maßnahmen erfolglos blieben. O. Lasch-Breslau.

Ein neues Urethroskop, bestimmt zur Diagnose pathologischer Zustände bei Männern und Frauen, von Granville MacGowan-Los Angeles. (New York m. J., 2. Mai 1914.) Das vom Verfasser verbesserte Kochsche Urethroskop, welches er bis jetzt für das beste hielt, soll vor den Instrumenten von Goldschmid, Wossidlo oder dem Bürgerschen (Wasser-Dilatations-) Urethroskop den Vorteil haben, daß die pathologischen Zustände gesehen werden, wie sie sind, also nicht vergrößert, und Operationen oder Applikation von Medikamenten während der Untersuchung leicht vorgenommen werden können. Das Instrument kann auch zur Feststellung und Entfernung von Katheterteilen, die in der Blase verloren wurden, gebraucht werden. Die im Lichtträger befindlichen Lampen sind leicht durch einen aus einer kleinen Batterie gewonnenen Strom zu erhellen; eine solche kleine Trockenbatterie kann sogar, wie Verfasser meint, wenn geeignet konstruiert, in der Überziehertasche mitgetragen werden.

M. Stern-München.

Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane, von Max Cohn. (B. kl. W., 1913, Nr. 36.) Die Röntgenuntersuchung der Nieren hat seit ihrer Begründung durch Mac Intyre im Jahre 1896 so bedeutende Fortschritte gemacht, daß sie uns heute als ein unentbehrliches Hilfsmittel bei der Diagnose der Nierensteine erscheint. Überweist der Kliniker einen Patienten zur Nierensteinuntersuchung dem Röntgenologen, so hat der Röntgenologe zu entscheiden, welche Untersuchungen zur Klarstellung der Diagnose nötig sind. Die Untersuchung einer Niere ist ein durchaus lückenhaftes Untersuchen; selbst der positive Nachweis eines Steines auf einer Seite entbindet nicht von der genauen weiteren Radiographie der in Betracht kommenden Gebiete. Zu einer radiologischen Nierensteinuntersuchung gehören drei bis fünf Aufnahmen, je nach der Größe des zur Verwendung kommenden Kompressionszylinders. Während Nierensteine ziemlich einwandfrei durch das Röntgenverfahren nachzuweisen sind, ist ein gleiches nicht von den Harnleitersteinen zu sagen. Von Jahr zu Jahr wurden in der Literatur neue Irrtümer bekannt. Eine Sonderstellung unter den Konkrementen der Harnorgane nehmen die Blasensteine ein. Große und dichte Steine sind ohne Schwierigkeit zu diagnostizieren, kleine dagegen nur unter Anwendung von Hilfsmaßnahmen. Schließlich entscheidet hierbei doch die Steinsonde und die Zystoskopie. Abgesehen von den Konkrementen sind in jüngster Zeit aber auch andere Affektionen der Harnorgane Gegenstand radiologischer Untersuchungen geworden. Mit der Verfeinerung der Technik und der

Digitized by Google

Anwendung guter Apparate ist es fast stets möglich, die Niere selbst als Schatten zur Darstellung zu bringen. G. Heymann-Elbing.

Enuresis und Spina bifida occulta, von Scharnke-Köln. (Arch. f. Psych., 1914, Bd. 53, H. 1.) Der Verfasser hat das von Fuchs und Mattauschek aufgestellte Krankheitsbild der Myelodysplasie nachgeprüft; zu demselben gehören die röntgenologisch nachweisbare Spina bifida occulta, Blasenstörungen in Gestalt von Enuresis, Syndaktylien, Reflexanomalien und Sensibilitätsstörungen an den Beinen, Abnormitäten in der Bedeckung der Kreuzbeingegend, in schweren Fällen auch Klumpfüße, motorische Störungen an den Beinen und ganz selten auch Mastdarm-Sphinkterenschwäche. Gerade für die Enuresisfrage ist das Krankheitsbild der Myelodysplasie von großer Bedeutung; wenn auch bei Kindern wohl 50% infolge anderer Ursachen (funktioneller Neurosen usw.) Bettnässer sind, so glaubt Scharnke, daß von den Erwachsenen, die an Enuresis leiden, diese bei zwei Drittel der Fälle ein Symptom der Myelodysplasie ist; findet man noch ein anderes Symptom dazu, so kann man den Patienten von der Simulation freisprechen, was für Unfallrente usw. von großer Bedeutung ist. Ferner glaubt der Verfasser, daß eine im Zystoskop oft gut sichtbare übergroße Reizbarkeit des Detrusoren, die schon bei ganz geringer Füllung der Blase zu Balkenbildung führen kann, ein weiteres objektives Krankheitssymptom ist. Die Therapie ist oft machtlos; den besten Erfolg haben epidurale Injektionen, die eventuell mehrfach zu wiederholen sind. O. Lasch-Breslau.

Neuere, insbesondere röntgenologische und zystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken, von F. Trembur-Köln. (M. Kl., 1913, Nr. 37.) Mattauschek hatte eine Reihe von Degenerationssymptomen zu einem Symptomenkomplex der Myelodysplasie zusammengestellt und glaubt, daß erwachsene Enuretiker in mehr als fünf Sechstel aller Fälle die von ihm erwähnten Symptome darbieten: daraus schließt er, daß echte Enuresis bei sonst gesunden und psychisch intakten Individuen durch eine wahrscheinlich kongenitale Hypoplasie des untersten Teiles des Rückenmarkes bedingt ist. Die zystoskopischen und röntgenologischen Untersuchungen Tremburs haben eine Bestätigung dieser Ansicht gebracht, so daß Trembur ebenfalls die Enuresis nocturna bei Erwachsenen als die Folge einer Hemmungsbildung des untersten Rückenmarksabschnittes, einer sogenannten Myelodysplasie, anzusehen geneigt ist. Trembur fand bei einem großen Prozentsatz erwachsener Enuretiker Störungen in den Hautstrich- und Sehnenreflexen, ferner Störungen des Empfindungsvermögens im Sinne einer Thermohypästhesie, Thermoanästhesie und Hypalgesie an den distalen Enden der unteren Extremitäten; besonders im Bereiche der Plantarseite der fibularwärts gelegenen Zehen, aber auch an den Füßen und Unterschenkeln; und endlich eine mehr oder minder stark ausgebildete Spina bifida occulta, sowie eine Trabekelblase.

O. Lasch-Breslau.

Behandlung der essentiellen Enuresis nocturna infantilis, von Philippart. (New York m. Mschr., 1914, Nr. 2 und 3.) Neben Allgemeinbehandlung, die, da die an dem Übel leidenden Kinder gewöhnlich schwächlich sind, einzuleiten ist, kommen in Betracht: 1. Psychische Mittel. a) Suggestion, hypnotische und bei Hysterischen, b) korrektive Mittel, c) Behandlung durch Gemütsbewegungen. 2. Erziehliche Anweisung der Funktion (Apparat von Genouville). 3. Interne Behandlung: a) atonische Form: Strychnin, Tct. Rhuis aromat.; b) spasmodische Form: Belladonnapräparate. 4. Äußerliche Behandlung: a) Beseitigung der Ursachen des Reflexes (Vulvitis, Balanoposthitis usw.), b) Aktion auf das Nervensystem des Harn- und Genitalapparats: α) epidurale Injektionen nach Cathelin, β) retrorektale Injektionen nach Jaboulay, γ) Lumbalpunktion, δ) leichte Kauterisationen der vorderen Partien der Nasenschleimhaut; c) direkte Einwirkung auf die Sphinkteren: α) lokale Massage (nur bei Frauen!), β) wiederholter

Digitized by Google

Katheterismus bzw. Bougierung, γ) Kauterisation der hinteren Urethra (mit Argentum nitricum), δ) elektrische Behandlung (in 85% günstige Erfolge, totale Heilung in 55%), αα) direkte Einwirkung auf den Sphinkter auf urethralem Wege, ββ) dasselbe auf perinealem Wege, γγ) reflexartige Einwirkung (10—15 Sitzungen erforderlich).

E. Klemm-Leipzig.

Infektion des kindlichen Urintraktes durch den Bacillus coli communis, von J. Thompson-Edinburgh. (Lanc., 16. August 1913.) Verfasser legt das Resultat seiner Beobachtungen an 71 Fällen dieser Art dar. Er betont den wichtigen Einfluß von prädisponierenden, schwächenden anderweitigen Krankheiten, wie Darmkatarrhe, Masern usw. Der Weg, auf welchem der Bazillus in die Blase und Ureteren gelangt, geht nicht immer durch die Urethra, sondern vielfach auch durch die Blut- und Lymphbahnen. Infektionen kommen schon in den ersten Lebenswochen vor; die Erkrankungen bei Kindern unter zwei Jahren sind etwa doppelt so zahlreich wie bei Kindern jenseits dieses Alters. Unter den vom Verfasser beobachteten Fällen waren Mädchen mit 79% vertreten; dabei überwiegen in den ersten sechs Lebensmonaten die Erkrankungen bei Knaben ganz beträchtlich. Zur Behandlung ist die Verabreichung von Alkalien bis zur Herstellung einer alkalischen Reaktion im Urin und von Antiseptika angezeigt. Verfasser bevorzugt Kalium citricum und Salze. Vakzinen haben ihm keine greifbaren Dienste geleistet.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über Tuberkulose des männlichen Genitalsystems, von Simmonds. (Beitr. z. Klin. d. Tbk., Bd. 33, H. 1.) S. faßt die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Die Tuberkulose des männlichen Genitalapparates befällt am häufigsten das 3.—4. Dezennium, beim weiblichen Geschlecht das 1.—4. Im ersten Dezennium ist die weibliche Genitaltuberkulose fünfmal häufiger als die männliche. Die genitoprimäre Tuberkulose geht in der Hälfte der Fälle von der Prostata, in je einem Viertel der Fälle von Samenblase und Nebenhoden aus. Von diesen drei Zentren kann sich der Prozeß in testifugaler wie testipetaler Richtung ausbreiten. Die kombinierte Urogenitaltuberkulose ist beim Manne fünfmal häufiger wie beim Weibe. Die Prognose der männlichen Genitaltuberkulose, insbesondere der Samenblasentuberkulose, ist eine schlechte. Ein Drittel der an Genitaltuberkulose erkrankten Männer erliegt tuberkulöser Meningitis und Miliartuberkulose. Bei der Autopsie von 20 früher wegen Nebenhodentuberkulose kastrierten Männern fand sich regelmäßig eine Beteiligung intraabdomineller Abschnitte des Genitalsystems. Auf Grund der anatomischen Erfahrungen sieht S. die einfache Kastration bei Genitaltuberkulose nicht als ausreichend an. E. Brinitzer-Altona.

Ein klinischer Vortrag über Tuberkulose des Urintraktus, von J. H. Evans-London. (Lanc., 1914, Nr. 4692, S. 273.) Enthält nichts Neues.

A. Philippi-Salzschlirf.

Tuberkulose der kindlichen Genitalorgane, von Oliver Lyons-Denver. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Verfasser versteht unter dieser Bezeichnung die Lokalisation der Tuberkulose in der Prostata, den Samenblasen, den Nebenhoden und den Hoden. Kinder leiden in einem hohen Prozentsatz an Tuberkulose, und auch die Tuberkulose der kindlichen Genitalorgane darf nicht als eine Seltenheit betrachtet werden. Primäre Tuberkulose der Prostata und der Samenblasen sind selten; gewöhnlich handelt es sich um sekundäre Erkrankungen von den Nieren oder den Nebenhoden her. Akute Tuberkulose der Nebenhoden und Hoden ist nicht häufig; sie beginnt wie die blennorrhoische Epididymitis plötzlich und mit akuten Symptomen. Meist jedoch waren schon vorher einige tuberkulöse Knoten, die der Beobachtung entgingen, in dem Organ vorhanden. Differentialdiagnostisch kommen Syphilis, Sarkom und Hydrozele in Betracht. Die Prognose der primären Erkrankung des Hodens und des Nebenhodens ist gewöhn-

Digitized by Google

lich günstig, da meist keine Allgemeininfektion des Körpers erfolgt. Chirurgischer Eingriff verspricht daher Erfolg. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein ungewöhnlicher Fall von Tuberkulose des Harnapparats, von F. Israel-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 47.) Verfasser beschreibt den sehr seltenen Fall einer Blasentuberkulose, die durch eine Kommunikation mit einem tuberkulösen Tubensack entstanden ist. Bemerkenswert bei diesem Falle ist die Tatsache, daß der Ureterenkatheterismus bei tuberkulöser Blase gelegentlich zu schwerem Irrtum über den Zustand der Nieren führen kann; so war auch hier lange Zeit eine tuberkulöse Doppelerkrankung der Nieren vorgetäuscht, da die Ureterenkatheter bei der Passage durch die Blase sich mit tuberkulösem Material belastet hatten. Der Fall zeigt wieder, daß Nierentuberkulose trotz jahrelangem Bestehen einer Blasentuberkulose ausbleiben kann.

O. Haller-Dresden.

Die operative Behandlung der Genitaltuberkulose; deren Indikationen und Technik, von Hugh Cabot und J. Dellinger Barney-Boston. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Der Sitz der primären Erkrankung ist die Epididymis, gelegentlich der Testikel, selten die Prostata, die bei der Mehrzahl der Fälle sekundär befallen wird. Der Testikel erkrankt sekundär weniger oft als die Prostata und wahrscheinlich weniger früh. Die Unterscheidung von primärer und sekundärer Erkrankung ist von großer Wichtigkeit. Die primär erkrankten Organe zeigen wenig Neigung zur Spontanheilung, während die sekundär erkrankten hierfür bessere Aussicht bieten. Die Operation der Wahl bei der Genitaltuberkulose ist daher die Epididymektomie einschließlich des zu erreichenden Teiles des Vas. Die sekundären Herde im Testikel können lokal behandelt und die in der Prostata der Selbstheilung überlassen werden, denn an eine tuberkulöse Prostata chirurgisch heranzugehen, erfordert ein radikales Vorgehen, von dem abgeraten werden muß. Ist in einem Hoden nur ein kleiner Herd in einem Pol vorhanden, so genügt die Anwendung des scharfen Löffels. Bei schwererer Erkrankung kommt jedoch auch, es ist dies aber selten, die Orchidektomie in Frage. Auf die Einzelheiten der operativen Technik hier einzugehen erübrigt sich. H. Fendt-Wiesbaden.

Die Lokalanästhesie in der Urologie, von Nicola Carraro. (Morgagni, April 1914.) Verfasser beschreibt die Anwendung der Lokalanästhesie bei den einzelnen urologischen Operationen. Er zeigt, daß man mit Geschicklichkeit und Geduld in der Urologie überall mit der Lokalanästhesie auskommt; so wird das Ideal, schmerzlos zu operieren, ohne Gefahr für den Patienten, erreicht. Es ist daher nicht nur klug, sondern in manchen Fällen direkt Pflicht, die lokale der allgemeinen Anästhesie vorzuziehen. Verfasser hofft, daß erstere in der Urologie allgemeine Verbreitung findet und auch dort zur Anwendung kommt, wo bisher die Narkose unentbehrlich schien.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Technik der Radium-Mesothoriumbestrahlung in der Urologie, von Hugo Schüller-Wien. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, H. 2.) Durch entsprechende Versuche stellte Verfasser fest, daß die Verträglichkeit der Schleimhaut und Muskulatur der Harnblase gegen richtig abgefilterte Strahlen eine beträchtliche ist. Es wurden z. B. 50 mg Mesothorium bei vorsichtigem Fortschreiten in der Dosierung, gefiltert durch 1 mm Gummi, 48 Stunden in der weiblichen Blase ohne nachfolgende Schädigung vertragen, 30 mg Radium, gefiltert durch $1^1/_2$ mm 25%iges Platinsilber, durch drei Tage ebenfalls ohne Schaden. Zur zweckmäßigen Applikation des Strahlungsmateriales konstruierte Verfasser Instrumente, bei denen es sich darum handelt, in relativ kleinen Kapseln die genügende Menge strahlender Substanz unterzubringen, er verwendete dazu Joachimstaler Radium-Barium-Chlorid von 72% Radiumgehalt und Mesothorium der Berliner Auer-Gesellschaft. Zur endourethralen Bestrahlung beim Manne konstruierte

Digitized by Google

Verfasser eine Nickelinspirale mit Olive, eine zweite Olive trägt eine Bougie filiforme, zwischen beiden Metalloliven wird ein röhrenförmiger Radiumträger eingesetzt. Dies Instrument eignet sich zur Bestrahlung kallöser Strikturen der Urethra. Die Prostata ist von der Blase und dem Rektum aus direkt und vom Perineum indirekt der Bestrahlung zugängig (Kreuzfeuer). Auch hierfür hat Verfasser ein besonderes Instrument angegeben, ebenso zur Bestrahlung begrenzter Tumoren, Epitheliome in der Blase unter Leitung des Auges. Die Konstruktion der Instrumente ist durch beigegebene Abbildungen ersichtlich, hergestellt werden sie von Joseph Leiter-Wien. Über die Resultate der Bestrahlungen kann, da die Versuche erst seit einem halben Jahre angestellt werden, ein definitives Urteil noch nicht abgegeben werden, dies soll in einer späteren Abhandlung geschehen. H. Rausch-Darmstadt.

Radiumtherapie in der Urologie, von H. Schüller-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 6.) Sch. hat eine Reihe Instrumente konstruiert, um das Radium per vias naturales direkt an Prostata und Blase heranbringen zu können: ein endourethraler Träger; ein endovesikaler Prostataträger; ein Radiumzystoskop, das die Applikation von Trägern an fast jeder Stelle der Blase unter Leitung des Auges gestattet; ein Verweilkatheter mit Filtervorrichtung; ein exzentrisch gebohrter Rektalträger. Alle Instrumente wurden mit hochwertigem Radiumbromid resp. entsprechendem Mesothorium armiert. Bei Stenosen der Harnröhre, die durch keloide Wucherungen verursacht sind, waren Beeinflussungen nachzuweisen, während bei Retraktion ohne Narbenwucherungen die Bestrahlung refraktär blieb. Am leichtesten zu beeinflussen war die Prostata, schon darum, weil sie von drei Seiten, vesikal, rektal, perineal, angreifbar ist. Es wurden 11 Fälle von Prostatahypertrophie bestrahlt, doch spricht Verfasser nur in drei Fällen von einem auf die Bestrahlung zurückzuführenden ausgesprochenen Erfolg. In vier Fällen von sieben Prostatakarzinomen war die Abnahme der Schmerzen eine auffallende Folge der Bestrahlung. Auch bei Blasenkarzinomen wurden vorübergehende Erfolge, jedenfalls keine schädlichen Folgen der Radiumbestrahlung beobachtet.

W. Lehmann-Stettin.

Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen, von Frank-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 45.) Verfasser empfiehlt zu dieser Behandlung elektrische Thermoapparate, die nach seinen Angaben von dem Fabrikanten H. Stanger-Ulm angefertigt werden und den geschützten Namen Stangerotherm tragen. Erstens hat er zur rektalen Anwendung einen dem Arzbergerschen Apparat ähnlichen Apparat mit Heizkörper versehen lassen mit dem Namen Rektotherm. Sein Testotherm besteht im wesentlichen aus zwei zu einem Beutel miteinander verbundenen Teilen, die von wasserdichtem Gummistoff überzogen sind und mit Bändern befestigt werden. Drittens empfiehlt er heizbare Sonden, sowohl flexible als auch Metallsonden mit Guyonscher Biegung. Sie führen den Namen Urethrotherm. Die Apparate sind an jede elektrische Leitung, eventuell mit einem Vorschaltapparat, anzuschließen. Er verzeichnet sehr gute Erfolge bei chronisch entzündlich infiltrativen Prozessen der Harnröhre, Hoden, Prostata. Zur Erwärmung des Wassers für heiße Dauerspülungen hat er elektrische Tauchheizkörper konstruiert, die sich als praktisch erwiesen hätten. B. Junghanns-Dresden.

Diathermie und Elektrokoagulation in der Urologie, von H. Wossidlo-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 1.) Die Thermopenetration oder Diathermie beruht auf den Beobachtungen von d'Arsonval und von Zeynek, daß Hochfrequenzströme entsprechender Wellenlänge im menschlichen Körper keine Schmerzempfindungen und keine Muskelzuckungen auslösen, sondern nur das Empfinden von Wärme. Wossidlo beschreibt nun, wie weit nach seinen Erfahrungen die Diathermie bei Erkrankungen der Harn- und

Digitized by Google

Sexualorgane sich bewährt, resp. versagt habe. Details in den verschiedenen Formen der Applikation können hier nicht besprochen werden, sondern nur kurz die Resultate mitgeteilt werden. Eine völlige Abtötung der Gonokokken erreichte Eitner durch Diathermie nicht. Dagegen war die intensive Wirkung der letzteren auf Prostata nicht zu verkennen ($^1/_4$ St. Thermopenetration war in der Wirkung gleich 1 St. Heißwasser-Katheter oder Arzberger-Spülung). Der Verfasser verwendete als eine Elektrode die in das Rektum eingeführte Arzbergersche Birne. Bei genauer Kontrolle wurden 0,8—1 Ampere in $^1/_4$—$^1/_2$ stündigen Sitzungen gut vertragen; für die Urethritis posterior konnte die Diathermie mit adstringierenden Spülungen durch Spüldehnungskatheter verbunden werden, wodurch der häufige, schmerzhafte Harndrang meist schnell verschwand. Von anderen Blennorrhoekomplikationen versagte die Diathermie bei der akuten Epididymitis, während sie bei der chronischen Erfolge hatte. Die hervorragendste Wirkung zeigte sich bei den blennorrhoischen Gelenkerkrankungen, sowohl den akuten wie den chronischen. Die Kombination mit Vakzinetherapie erwies sich als wertvoll. Noch glänzender waren die Erfolge mit einer Modifikation in der Technik, die von Kaufmann (Frankfurt a. M.) stammend, vom Verfasser nur als vorläufige Mitteilung gebracht wird. Für die theoretische Erklärung der Wirkung kommen außer der elektrischen Wirkung, die nach dem Verfasser als milde Faradisation wirkt, die Wärmewirkung besonders in Betracht, und ebenso chemische Prozesse in der Ozonentwicklung und die Bildung von Nitriten und Superoxyden mit ihrer stark antiseptischen Wirkung. In bezug auf die Nierenerkrankungen hat Wossidlo eigene Erfahrungen nur bei Pyelitis und Pyelonephritis gemacht, wobei er die schmerzstillende Wirkung wieder der Diathermie zuschreiben möchte, während er die übrigen günstigen Erfolge eventuell der Vakzinations- und übrigen Therapie auf Rechnung setzt; er berichtet aber aus der Literatur einige Beobachtungen von günstiger Wirkung der Diathermie bei Nierenerkrankungen. Zum Schlusse bespricht der Verfasser noch die Anwendung der Diathermie oder Elektrokoagulation zur Zerstörung von Blasentumoren, dieselbe wird stets mit dem Blasenzystoskop ausgeführt und muß schmerzlos sein, sonst hat der Operateur die erkrankten Partien verlassen. Der Strom muß sofort ausgeschaltet werden. Von den Schlußthesen Wossidlos seien hervorgehoben: die Diathermiebehandlung hat bei akuten blennorrhoischen Prozessen bisher keine wesentlichen Erfolge gehabt; bei der Urethritis posterior und anterior chronica ist sie ein sehr gutes Unterstützungsmittel; bei der Prostatitis ermutigen die bisherigen Erfolge zu weiteren Versuchen; bei der Arthritis ist sie ein vorzügliches Mittel und scheint auch bei der Pyelitis ein gutes Unterstützungsmittel. Die Widersprüche (zwischen Klingmüller und Kaufmann) in bezug auf die Wirkung auf Epididymitis müssen noch aufgeklärt werden. Dagegen ist Hochfrequenzstrombehandlung resp. Elektrokoagulation nach der Erfahrung des Verfassers und anderen ein ausgezeichnetes und leicht zu handhabendes Mittel zu endovesikalen Operationen von Papillomen der Blase und der Urethra posterior. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Dr. Paul Unna jr.-Hamburg hat den Königl. Bayerischen Militärverdienstorden mit Schwertern erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

8. Mai 1915 | Nr. 19 | Band 60

Fall von tödlicher Resorzinvergiftung bei äußerlicher Anwendung des Mittels.

Von

Prof. C. Boeck, Kristiania.

Ernste Allgemeinvergiftungen durch Resorzin bei äußerer Anwendung scheinen nach den sehr sparsamen Mitteilungen in der Literatur nur äußerst selten vorzukommen. Ich kenne in der Tat nur den Fall von Dr. S. Kaiser in der „B. kl. W." vom Jahre 1905 und die zwei Fälle von Dr. H. Nothen in der „M. Kl." vom Jahre 1908, Nr. 24, die sämtlich auch in den „Monatsheften" für die genannten Jahre referiert worden sind. Diese zwei Patienten, die erwachsene Männer waren, erholten sich jedoch wieder, trotz der sehr bedrohlichen und heftigen Symptome, während der eine Fall, bei einem elftägigen Kind, das obendrein an Pemphigus neonatorum litt, letal verlief. Von den zwei erwachsenen Männern wurde der eine, ein 29jähriger Schneider, wegen eines sehr verbreiteten Lupus vulgaris mit einer 50%igen Resorzinpaste behandelt, und der andere, ein 19jähriger Kaufmann, wurde wegen eines seborrhoischen Hautleidens mit einer 15%igen Resorzinsalbe, die auch die gleiche Menge Schwefel enthielt, über größere Hautpartien eingerieben. Der kleine Neugeborene, der nur mit einer 3%igen Resorzinvaseline behandelt war, ging, wie gesagt, an akuter Resorzinvergiftung zugrunde.

Unser tödlich verlaufender Fall betraf einen 16jährigen, allerdings wenig entwickelten, schwächlichen und sehr sensibeln Knaben, der an einem außergewöhnlich verbreiteten Lupus vulgaris litt, welcher schon vom dritten Lebensjahre an immer weiter um sich gegriffen hatte. So waren z. B. die ganze linke untere Extremität von den Weichen bis zu den Zehen und auch der größte Teil der linken oberen Extremität überall mit sehr zahlreichen, dicht sitzenden Lupusknötchen bedeckt. Patient war während der ersten sechs Wochen im Hospital hauptsächlich mit Finsenlicht, um die Krankheit nach aufwärts abzugrenzen, und sonst mit indifferenten Umschlägen, um die Entzündungssymptome einzuschränken, behandelt worden. Nur hatte man versuchsweise schon einmal eine Resorzingelanthpaste auf dem linken Fuß und zweimal eine ähnliche Paste, 27% stark, auf dem linken Arm appliziert. Zwar hatte

Digitized by Google

man nach diesen letzten Applikationen, obschon der Arm überall mit intaktem Epithel bedeckt war, eine gewisse Unruhe und Klagen über etwas Schmerz bemerkt. Aber dies hatte nur ein paar Stunden gedauert, und nachher hatte er sich vollständig wohl gefühlt.

Am 20. November um $^1/_2$11 vormittags wurde dann wieder eine 25%ige Resorzinpaste auf dem größten Teil der linken Wade, wo die Haut ebenfalls jetzt überall mit intaktem Epithel bekleidet war, angebracht. Während der Applikation dieser Paste spürte er gar keinen Schmerz oder Unbehagen, sondern unterhielt sich lebhaft und fröhlich mit dem ersten klinischen Assistenten, der die Paste auftrug. Die spezielle Zusammensetzung dieser Paste war die folgende: Resorcinum, Talcum āā 15,00, Gelanthum 30,00. Schon eine halbe Stunde nach der Applikation fing er mittlerweile an unruhig zu werden und über Schmerzen zu klagen, und diese Unruhe steigerte sich allmählich bis zu lautem Wehklagen, wobei er jedoch wahrscheinlich nicht ganz klar war. Nach und nach wurde er jedoch stiller und nach ungefähr einer Stunde ganz still. Der Wärter fand ihn jetzt, $1^1/_2$ Stunde nach der Applikation der Paste, bewußtlos, zyanotisch und mit krampfhaften Zuckungen des rechten Armes. Puls 120, Temp. 37,8°. Um $12^3/_4$ Uhr stellten sich auch Krämpfe der Gesichtsmuskeln und starke klonische Zuckungen des rechten Arms und Schenkels und kurz nachher auch der linken Körperhälfte ein. Die Zungenspitze war jetzt zwischen den Zähnen herausgetreten und, von den letzteren gedrückt, stark angeschwollen. Ein hölzerner Spatel mußte deswegen, aber mit Schwierigkeit, zwischen den Zähnen eingeführt werden. Kampferspritzen und eine Venaesektion blieben ohne Wirkung. Der Puls hielt sich später auf 150, und die Respiration war frequent. Aber während der Krampfattacken und eine kurze Weile nachher sistierte das Atmen und konnte sogar gegen eine ganze Minute nach dem Aufhören der Krämpfe ausbleiben, um dann zuerst ganz oberflächlich sich wieder einzustellen und allmählich tiefer zu werden. Die Pupillen waren anfangs stark erweitert, später stets kontrahiert. Den ganzen Nachmittag dauerten die Krampfanfälle unter fortwährender Bewußtlosigkeit weiter fort, bald heftiger, bald schwächer. Nach 5 Uhr nachmittags keine Krämpfe mehr, aber das Bewußtsein kehrte nicht zurück. Der Zustand schien um $7^1/_4$ Uhr etwas besser, aber um $8^1/_4$ Uhr abends trat der Exitus ein.

Die Leichenöffnung wurde am nächsten Vormittag vorgenommen, und das besonders Bemerkenswerte am Sektionsresultat war ein außerordentlich starkes Gehirnödem. Als das Schädeldach entfernt wurde, drängte das Gehirn sich förmlich hervor, und die Gehirnwindungen waren wie plattgedrückt. Die Nieren waren etwas hyperämisch, aber sonst normal. Der Urin war unmittelbar nach dem Tode spontan abgegangen und konnte somit nicht untersucht werden. Sonst fanden sich eine weitverbreitete Drüsentuberkulose und sowohl alte wie neue tuberkulöse Herde in beiden Lungenspitzen. Bei der später im pathologischen Institute vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung des Gehirns zeigten die Lymphbahnen sich in dem Grade durch das Ödem erweitert, daß die Schnitte ein förmlich durchlöchertes Aussehen darboten.

Digitized by Google

Daß es sich hier um eine Resorzinvergiftung handelte, konnte leider nicht zweifelhaft sein, nachdem wir die Literatur näher untersucht hatten. Der Symptomenkomplex dieser Vergiftung ist ja ein sehr charakteristischer und bleibt sich, nach den bisher vorliegenden Fällen, immer gleich: Eine sehr schnell — mitunter schon nach einer Viertelstunde — eintretende Unruhe und Unklarheit des Sensoriums, oft von Wimmern und Klagen, mitunter auch von Toben begleitet, dann Zyanose, Koma und heftige Krämpfe, Tachykardie und Dyspnoë und schließlich Lethargie, aus welcher Pat. in der Regel verhältnismäßig gesund erwacht. Letalen Ausgang bei äußerlicher Anwendung des Mittels hat man also, soweit ich gefunden habe, bisher nur in dem oben erwähnten Falle bei dem kleinen Kinde und in dem hier mitgeteilten beobachtet.

Der Fall kam uns sehr unerwartet, da wir durch eine Reihe von Jahren unsere Behandlung gegen Lupus mit mucilaginösen erstarrenden Mischungen, worin auch Resorzin häufig als Bestandteil vorkam, in großem Maßstabe angewendet hatten, und zwar in der Regel in höherer Prozentuierung (33% und mehr) als bei dieser Gelegenheit[1]). Häufig hatten wir auch, wie hier, das Resorzin als den einzigen wirksamen Bestandteil der Paste angewendet, ohne jemals Vergiftungssymptome beobachtet zu haben. Wir hatten sogar immer das Resorzin für das unschuldigste Element unserer Pasten gehalten. Allerdings wurden bei dieser Gelegenheit wegen der außergewöhnlichen Verbreitung der Krankheit etwas größere Hautflächen als gewöhnlich auf einmal mit der Mischung bedeckt, wobei der Umstand, daß diese Flächen überall mit intakter und dicker, fester Hornschicht bekleidet waren, also nicht die Vergiftung zu verhindern vermocht hatte. Auf dies letztere Verhältnis hat übrigens schon Andeer hingewiesen, indem er bei seinen Experimenten gefunden hatte, daß eine Resorzinvergiftung allerdings nicht bei vollständig gesunder Haut stattfand, daß aber eine intakte Oberhaut bei unterliegender kranker Lederhaut keine Sicherheit gegen Vergiftung leistete.

Das Resorzin ist ja ein Dioxybenzol, und jedenfalls müssen die Stoffe, die durch die Berührung des Mittels mit der Haut gebildet werden, von sehr flüchtiger Art sein, da Vergiftungssymptome schon eine viertel Stunde nach der Applikation des Mittels auf der Haut auftreten können, wie es die oben genannten Berichte sowohl von Dr. Kaiser wie von Dr. Nothen beweisen.

Infolge der besonders auch in unserem Falle gewonnenen Erfahrung, wird man also für die Zukunft genötigt sein, auf die Anwendung

[1]) Siehe diese „Monatshefte". 1909, Bd. 48, S. 439.

Digitized by Google

des Resorzins in stärkeren Dosen über größere Flächen von erkrankter Haut zu verzichten. Aber speziell bei der Behandlung des Lupus vulgaris der Haut **mit chemischen Mitteln** — eine Behandlung, die wir eben in den schweren, sehr verbreiteten Fällen dieser Krankheit, wenn wir praktisch vorgehen wollen, gar nicht entbehren können — stehen ja in dem Pyrogallol und der Salizylsäure vollständig gleichwertige und wohl eigentlich noch wirksamere Mittel zur Verfügung. Wenn wir bisher bei unserer Gelanthpastebehandlung auch das Resorzin in Anwendung brachten, war es, wie gesagt, nur, weil wir dieses Mittel als das mildeste betrachteten. Daß übrigens auch die Pyrogallussäure in stärker prozentigen Lösungen nicht über allzu große Hautflächen auf einmal appliziert werden darf, ist ja allbekannt.

Gegen Lupus der Schleimhäute, wo von größeren Flächen keine Rede ist, wird dagegen fortwährend das Resorzin, nach meiner Erfahrung, die souveräne, alle anderen Mittel, chemische wie physikalische, übertreffende Waffe bleiben müssen. Bei Lupus der Nasengänge wendete ich allerdings früher Pyrogallussalbe an, jetzt aber immer, wegen der weit geringeren Schmerzhaftigkeit, eine Resorzinpaste, Resorzin, Talkum und Vaselin zu gleichen Teilen, welche ungefähr eine Woche hindurch zweimal täglich mittels Baumwolltampons appliziert wird, um dann von dick mit Anästhesin bestreuten Bleisalbentampons abgelöst zu werden, welche Behandlung in der Regel einigemal wiederholt wird, bis die Krankheit vollständig ausgerottet ist. Gegen den Lupus der Mund- und Schlundhöhle wenden wir die früher (l. c.) empfohlenen Bepinselungen mit mucilaginösen Resorzinmischungen an, wobei man, wie damals erwähnt, häufig auch die Heilung eines etwa vorhandenen Kehlkopflupus erreicht. Bei der Behandlung des Lupus der Schleimhäute, selbst bei Kindern, haben wir nie das geringste Zeichen einer Vergiftung beobachten können.

Ich möchte mir bei dieser Gelegenheit auch die Bemerkung erlauben, daß die Behandlung des Lupus der Haut mit mucilaginösen Mischungen nicht nennenswerte Schmerzen veranlassen sollte, und dies tut sie auch nicht, wenn man versuchsweise von schwächeren zu stärkeren Mischungen steigt und sich die Mühe gibt, hinlänglich sorgsam vorzugehen. Auf offenen wunden Flächen nämlich oder bei dünnem, erweichtem Epithel sollte immer zuerst fünf Minuten lang ein 5%iger Novokainumschlag angewendet und dann eine dicke Schicht von Anästhesin appliziert werden. Um aber auf einer solchen dicken Schicht von Anästhesin bequem die Paste applizieren zu können, ist es nötig, daß letztere ziemlich dünnflüssig ist, und es ist

Digitized by Google

deswegen, besonders wenn das flüssigmachende Resorzin nicht dabei ist, auch nötig, eine größere Menge von Gelanth und ein verhältnismäßig geringeres Quantum Talkum der Paste zuzusetzen. Es ist auch immer gut, etwas reinen Gelanth bei der Hand zu haben, um ein wenig davon zusetzen zu können, wenn die verschriebene Paste zu konsistent ausgefallen ist.

Eine verhältnismäßig kräftige Paste würde die folgende Formel darstellen:

Rp. Pyrogalloli
Acid. salicylici āā 15,00
Gelanthi 25,00
Talci pulv. 10,00
M. fiat pasta mollis.

Aber als einleitende Applikation auf offenen wunden Flächen wenden wir in der Regel zuerst eine viel schwächere Paste an und besonders bei Kindern auf ganz begrenzten Stellen oft noch fortwährend eine sehr schwache Resorzinpaste, z. B.: Resorcini 1,00, Talci pulv. 8,00, Gelanthi 10,00, M. f. pasta. Die stärkeren Pyrogallus-Salizylpasten werden dann nachher besser vertragen, wenn auch dann die oben genannten schmerzstillenden Mittel nicht versäumt werden.

Ich kann nicht umhin, diese äußerst praktische, für den Patienten und den Arzt gleich bequeme Lupusbehandlung aufs neue zu empfehlen. Sie wird täglich in unserer Universitätsklinik in großem Maßstabe geübt. Als ergänzendes Mittel wird die Finsenlampe angewendet.

Digitized by Google

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 1 Abbildung.)

3. Die Krätze, wahre Räude, Milbenräude, Schäbe.

Die durch tierische Parasiten hervorgerufenen Hauterkrankungen spielen in der Pathologie der Tierhautaffektionen eine sehr bedeutende Rolle. Einzelne Räudeerkrankungen dezimieren oft ganze Tierbestände[1]). Das dichte Pelzkleid der Tiere, die so schwere Reinigung des einmal infizierten Körpers und die mangelnden Abwehrvorrichtungen ermöglichen den Schmarotzern eine rasche Ausbreitung auf dem Körper des einmal infizierten Tieres und geben wieder vermehrte Veranlassung zur Weiterverbreitung. Die Krätze der Tiere war den Menschen schon seit langer Zeit bekannt. Moses verbot z. B. das Opfern krätziger Schafe. Wir können die Beschreibung der Krätzeerkrankungen der Tiere durch das ganze Mittelalter hindurch verfolgen. Es bestand allerdings zur damaligen Zeit unter den Ärzten die Ansicht, daß die Milben das Produkt der Erkrankung, nicht aber die Ursache des Ausschlages seien. Im Jahre 1791 erkannte Wichmann, daß der Krätzeausschlag durch die Milben bedingt sei. Obwohl Wichmann experimentell den Nachweis erbringen konnte, daß die Krätze vom Pferd auf den Menschen übertragbar sei, konnte sich die Anschauung nur langsam Bahn brechen, daß die Milben die Ursache des Ausschlages seien. Es bedurfte der Arbeiten einer großen Zahl von Forschern, bis im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts die parasitäre Natur der Skabies allgemein anerkannt wurde. Wir kennen auch aus der menschlichen Pathologie den Streit, der sich damals zwischen den Ärzten entspann. Auf der einen Seite wurde die Skabies des Menschen als eine Fernwirkung, ein Säfteverderbnis (Akrimonia sanguinis) des Körperinnern auf die Körperhaut angesehen; die andere Partei bekannte sich zu der parasitären Theorie, bis durch die Arbeiten von Hebra und anderen die humorale Theorie widerlegt und die menschliche Krätze als eine parasitäre Erkrankung erwiesen wurde. Dieser große Kampf unter den Ärzten zeitigte wiederum das Gute, daß man sich mit der Erforschung der Krätze eingehender beschäftigte, und daß für die verschiedenen Tierklassen ganz verschiedene Arten aufgefunden wurden. Die Krätze wird nicht nur bei allen Haustieren, son-

[1]) Vgl. Friedberger und Fröhner, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886.

Digitized by Google

dern auch bei allen wild lebenden Tieren angetroffen. Am häufigsten sind Schafe, Pferde und Hunde davon befallen.

Die Sarkoptesräude der Katze.

Wedel entdeckte im Jahre 1672 die Sarkoptesmilbe der Katze und gibt eine nähere Beschreibung der Räudeerkrankung [1]). Die Räude lokalisiert sich vorwiegend in der Umgebung der Ohrmuscheln. Vom Kopfe aus verbreitet sich die Räude auf die Pfoten, den Hals und den übrigen Körper. Als erste Erscheinungen beobachtet man flohstichähnliche Punkte, die zu Knötchen und Bläschen auswachsen. Durch Scheuern und Aufkratzen der Bläschen entstehen kleine braune Borken. Die Haut der ergriffenen Bezirke ist geschwollen, derb und gefältelt. Die Borken erreichen am Kopfe oft eine Höhe von 1 cm und mehr. Die Haare erscheinen ungeordnet und fallen aus. Das Allgemeinbefinden der Tiere ist auch bei nur kleinen Befallungsstellen ziemlich stark gestört. Die Tiere werden traurig, verweigern die Nahrungsaufnahme, magern ab und gehen zugrunde. Die Katzenräude geht sowohl auf den Menschen, als auch auf Tiere über. Die Ansteckung der Menschen kommt oft dadurch zustande, daß räudige Katzen ihre Lagerstätte im Bett des Menschen aufgeschlagen haben. Hering beobachtete bei zwei jungen Leuten, einen auf Rücken, Brust und Arme sich erstreckenden Ausschlag, der durch Katzenräude hervorgerufen worden war [2]). Hertwig sah Sarkoptesräude bei einem Dienstmädchen auftreten, welches sich an einer räudigen Katze infiziert hatte. Alexander beobachtete bei zwei kleinen Mädchen einen Hautausschlag an Rumpf, Beugeseiten der Arme und an den Beinen. Gänge und Milben waren nicht nachweisbar. Die Kinder hatten mit einer an Sarkoptes minor leidenden Katze gespielt.

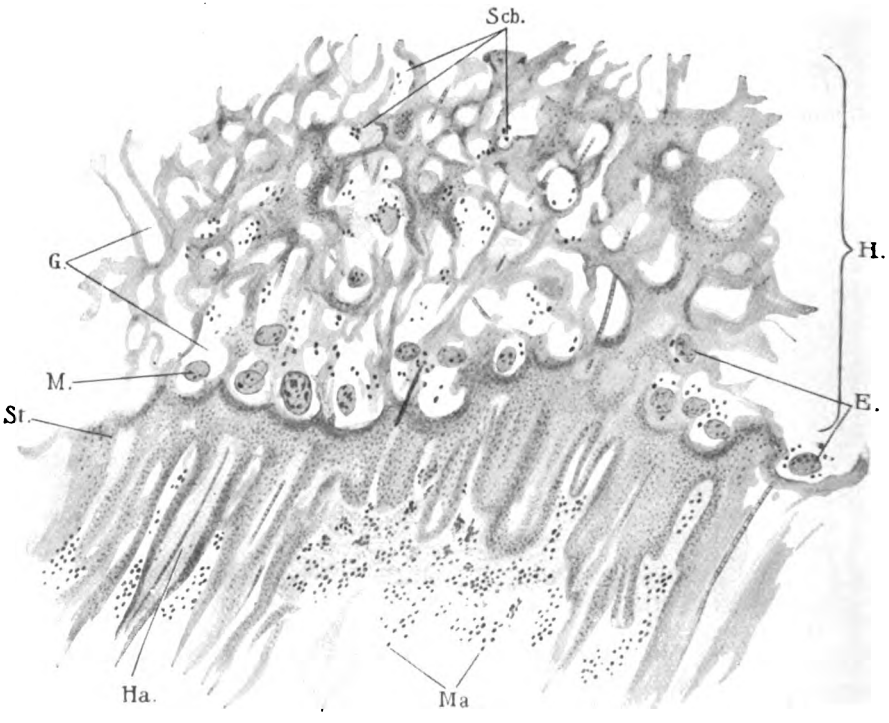
Mikroskopischer Befund. Die mir zur Verfügung gestellten Hautstücke stammen von einer Katze, bei welcher der Kopf und die Ohrmuscheln befallen waren. Nach Angabe des Besitzers des Tieres soll dieses schon seit einigen Wochen an dem betreffenden Ausschlag leiden.

Bei der Betrachtung des Schnittes fällt bei schwacher Vergrößerung auf, daß das Präparat sich eigentlich aus zwei übereinander angeordneten Lagen aufbaut. Über einer hypertrophischen Stachelschicht erhebt sich an Stelle der normalen Hornschicht, aus dieser hervorgegangen, von einem komplizierten Gangsystem durchsetzt, eine stark hypertrophische Hornschicht. Dieses Gangsystem läßt sich am besten mit einem Bergwerk vergleichen; die einzelnen Gänge liegen nahezu horizontal und sind etagenweise übereinander angeordnet. Die ältesten Gänge liegen nahe der Oberfläche, die jüngsten direkt über der basalen Hornschicht; alle zusammen stehen miteinander in Verbindung. In den tiefsten Gängen, direkt über der basalen Hornschicht, finden sich, mit ihren Freßwerk-

[1]) Wedelius, Collect. Acad. III. et Ephémérides des curieux de la nature. 1672. — [2]) Hering, Spezielle Pathologie und Therapie für Tierärzte. 1849, S. 204.

Digitized by Google

zeugen in die jungen Hornzellen eingebohrt, vereinzelte, sehr deutlich sichtbare, ausgewachsene Milben. In den höher gelegenen Gängen bemerkt man Eier in großer Zahl und dem Alter des Höhlenganges entsprechend eine Unmasse von Skybala. Nur vereinzelte Haare durchbohren die höhlenartig unterminierte Hornschicht und ragen über deren Oberfläche hervor. Die stark hypertrophische Hornschicht setzt sich auf die gewucherte Stachelschicht auf. Die Haarbälge sind in ihrem oberen Abschnitt durch Akanthose verdickt und werden bis tief in die Kutis hinein von einem dichten Netz sehr schön ausgebildeter Mastzellen und von stark erweiterten Gefäßen begleitet.



H. = hypertrophische in ein Gangsystem umgewandelte Hornschicht, G = Gang, Ma. = Mastzellen, Ha. = Haare, St. = gewucherte Stachelschicht, M. = Milben, Scb. = Scybala, E. = Eier.

Wir finden in der menschlichen Haut nahezu ganz dieselben Veränderungen bei der unter dem Namen „Scabies norvegica" bekannten Krankheit. Auch hier ist die Hornschicht stark gewuchert und die Gänge sind etagenweise übereinandergelagert[1]).

[1]) Vgl. Unna, Histopathologie der Haut. — Radaeli, F., Über einen Fall von norwegischer Skabies. Giorn. ital. delle mal. vener., 10. Juli 1913, H. 3. — Nagel, Ein Fall von Scabies norvegica, mit einem Beitrag zur Histologie dieser Krankheit. Arch. f. Derm., 1913, Bd. 118, H. 2, S. 650.

Digitized by Google

Literatur.

Schneidemühl, Vergleichende Pathologie und Therapie des Menschen und der Haustiere. Leipzig 1898. — Hutyra und Marek, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Jena 1909. — Heller, Vergleichende Pathologie der Haut. Berlin 1910. — Schindelka, Hautkrankheiten bei Haustieren. Wien und Leipzig 1908. — Alexander, Zur Übertragung der Tierkrätze auf den Menschen. Arch. f. Derm., 1900, Bd. 52, S. 185. — Friedberger und Fröhner, Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Stuttgart 1886. — Dammann, Die Gesundheitspflege der landwirtschaftlichen Haussäugetiere. Berlin 1886. — Hering, Spezielle Pathologie und Therapie für Tierärzte. Stuttgart 1842. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894. — Baier, Die Sarkoptesräude der Katze. Diss. med., Gießen 1911. — Zürn, Die tierischen Parasiten. Weimar 1872, S. 4. — Gerlach, Krätze und Räude. Berlin 1857, S. 11.

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

1915, Bd. 9, H. 1.

Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Blennorrhoe mittels Diathermie, von Rudolf Boerner-Berlin und Carlos Santos-Lissabon. Die Verfasser sind nach vielfachen Versuchen und Erwägungen zur Konstruktion von Elektroden für den Diathermieapparat gelangt, die eine langsame ansteigende und ziemlich gleichmäßige Durchwärmung der ganzen Harnröhre bis auf ca. 43—45° C zulassen, ohne daß irgend welche Störungen dabei auftreten. Es gelang mit diesem Apparate akute Blennorrhoen durch 1—2 Sitzungen von einer Stunde Dauer zu heilen, auch bei chronischen Blennorrhoen waren die Erfolge ebenso gut.

Bd. 9, Hf. 2.

Über das organische Gerüst der Harnsteine, von Edwin Pfister-Kairo. Pf. fand bei seinen Versuchen, die den Zweck hatten, Bilharziaeier in Harnsteinen und Harngrießkörnern durch Auflösen in Säuren oder Alkalien nachzuweisen, öfters als Nebenbefund organische Gerüste der Steine, die er näher beschreibt und abbildet. Diese Gerüste waren von verschiedener Form: es fanden sich feinfaserige, dünnmaschige, spinngewebsartige Netze oder auch gröbere Höhlensysteme von wabenartigem Bau, mitunter mit deutlich erkennbarer konzentrischer Schichtung. Stellenweise enthielten diese Gerüste auch Mengen von Harnsäurekristallen. Die Färbung ließ sonst keine Unterscheidung der Elemente zu, aus denen die Gerüste bestanden, offenbar waren Fibrin, Schleim, Blut, Bakterien und Eiter in gleicher Weise daran beteiligt.

Bd. 9, H. 3.

Klinische Bedeutung der neueren Methoden der Nierenfunktionsprüfung, von Richard Bauer und Wilhelm von Nyiri-Wien. Die Verfasser haben ihre Nierenfunktionsprüfungen nach der von Ambard angegebenen Methodik ausgeführt, die durch die zu gleicher Zeit ausgeführte Bestimmung des Chlor- und Stickstoffgehaltes im Blute und Harn eine sichere Beurteilung der Nierenfunktion zuläßt. Sie teilen die an zahlreichen Fällen gewonnenen Nierenfunktionsresultate im Vergleiche mit den klinischen Erscheinungen mit und zeigen damit, daß den Ambardschen Worten eine große Zuverlässigkeit zukommt. H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1915, Nr. 2.

Das Mädchenschutzhaus in Berlin, das erste Observationshaus für gefährdete Jugendliche, von Thea Graziella Schneid-Huber. Das Mädchenschutzhaus verdankt seine Entstehung einer wohltätigen Stiftung und hat den Zweck, gefährdete Mädchen von 14—18 Jahren, die ihm überwiesen werden, durch familienartige Erziehung und systematische Beeinflussung und Hebung des Selbstbewußtseins vor der Fürsorgeerziehung zu bewahren und sie ihrer Anlage entsprechend in Dienst- oder Lehrstellen unterzubringen und ihnen dort noch weiter einen überwachenden Schutz angedeihen zu lassen.

Die Tätigkeit der Polizeipflegerin, von Charlotte Stemmler-München. Die Tätigkeit der Polizeipflegerin erstreckt sich lediglich auf das Gebiet der Fürsorge; von kriminellem Eingreifen hat sie sich fernzuhalten, um das Vertrauen der Mädchen nicht zu erschüttern. Die Fürsorge besteht darin, daß sie vor allem jugendliche, erstmalig aufgegriffene Mädchen dem Elternhause wieder zuzuführen versucht oder ihnen wenigstens durch ihre Vermittlung und ihre Verbindungen mit wohltätigen Vereinen vorläufige Unterkunft verschafft, um sie vor den Gefahren der Straße zu bewahren. Ferner liegt ihr die Beaufsichtigung und Beschäftigung der ins Krankenhaus gebrachten erkrankten jugendlichen Mädchen ob, um sie vor dem schlechten Einflusse, den der Verkehr mit älteren Prostituierten auf sie ausüben kann, zu behüten.

1915, Nr. 3.

Zur Vorgeschichte und Charakteristik der Prostituierten, mit besonderer Berücksichtigung der Minderjährigen und Minderwertigen, von A. Neisser-Breslau. N. stellt ein sehr großes statistisches Material über die Minderjährigen in der Prostitution zusammen. Er zeigt darin, daß die Anzeichen, daß es sich um solche sittlich gefährdete Personen handelt, sich meist viel früher zeigen, als die Fürsorgeerziehung einzusetzen pflegt. Er fordert daher, daß schon während der Schulzeit diesen so veranlagten Kindern Aufmerksamkeit geschenkt werde und daß die Schulbehörden diese an Jugendfürsorgevereinigungen so früh als möglich übergeben sollten und daß wenigstens durch die Schulärzte und Lehrer auf diese Minderwertigen erzieherisch eingewirkt werden müsse. H. Boehme-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Über ein neues Harnantiseptikum, von T. Thomson Rankin. (M. Press a. Circ., 24. Dezember 1913.) Empfehlung von Zystopurin. H. Fendt-Wiesbaden.

Über Hetralin bei Infektionen des Urogenitalapparats, von Viktor Drucker. (Zbl. f. d. Ther., 1913, H. 8.) Hetralin ist ein Resorzinohexamethylentetramin, das 56,03% Urotropin enthält. Es wirkt durch Formaldehydabspaltung harnantiseptisch. Durch die Resorzinkomponente wird die Azidität des Harns erhöht. Die desinfizierende Wirkung soll stärker sein, als die der bisher gebrauchten Hexamethylentetraminderivate. Gegeben wird es bei allen Erkrankungen der Harnwege, namentlich bei Zystitis mit Dysurie, auch bei harnsaurer Diathese. Bei Phosphaturie beseitigt es schnell die subjektiven Symptome. O. Valentiner-Leipzig.

Über Hexal, von v. Schnizer-Mülhausen i. E. (Fortschr. d. M., 1914, Bd. 32, Nr. 17.) Seit langer Zeit geht das Bestreben der Ärzte und Chemiker dahin, die Harn-

Digitized by Google

wege vom Blute aus durch die Nieren zu desinfizieren, und eingedrungene Bakterien durch Arzneimittel abzutöten oder mindestens deren Lebensfähigkeit herabzusetzen. Das erstere Bestreben scheitert daran, daß man die Konzentration der betreffenden Mittel so hoch wählen müßte, daß sie eventuell die Organe schädigen könnten. Am ehesten gelingt die Unschädlichmachung pathogener Keime in den Harnwegen durch Arzneimittel, die in der Niere, resp. der Blase Formaldehyd abspalten und den Säuregrad des Urins erhöhen. Diese Forderungen schien das 1894 von Nicolaier unserem Arzneischatze zugeführte Urotropin zu erfüllen, und dasselbe hat trotz vieler ähnlicher, vom Urotropin abgeleiteten Mittel seinen Platz bisher behauptet, trotzdem bei sehr langer Anwendung oder Idiosynkrasien toxische Symptome beobachtet worden sind, wie: Hämaturie (das Blut aus der Blase stammend), Albuminurie, Reizerscheinungen (Harndrang und Schmerzen in der Nieren-, Blasen- und Harnröhrengegend). Diese Erscheinungen gehen fast ausnahmslos bei dem Aussetzen des Mittels in 3—4 Tagen vorüber. Helmitol, Zystopurin u. a. m. sollen gute Ersatzpräparate sein, und jedem wird die volle günstige Wirkung des Urotropins ohne dessen toxische Eigenschaften nachgerühmt. Im vorliegenden Aufsatz handelt es sich um das Hexal; dasselbe ist sulfosalizylsaures Urotropin (Riedel, Berlin) und ist nach Boss indiziert bei akuten und chronischen Blasenentzündungen, gleichviel welches Ursprungs, speziell aber bei blennorrhoischen Entzündungen der hinteren Harnröhre, um das weitere Vordringen der Gonokokken in die Blase zu hindern. Ferner bei Pyelitis und Pyelonephritis und endlich bei harnsaurer Diathese und harnsauren Ablagerungen in Niere und Blase. Gegenüber anderen Harnantiseptizis hat das Hexal folgende Vorzüge: 1. starke sedative Wirkung, bedingt durch die Sulfosalizylsäure; 2. Entwicklungshemmung sämtlicher Bakterien im Urin (durch Formaldehyd und Sulfosalizylsäure); 3. die adstringierende Wirkung der Sulfosalizylsäure. v. Schnizer berichtet nun seine Erfahrungen mit Hexal; dabei gibt er erst einen ausführlichen Überblick über die überaus günstigen Wirkungen des Urotropins als hämatogenes Antiseptikum bei den verschiedensten schweren und leichten Infektionskrankheiten (Typhus, Tonsillitis, Furunkulose usw.). Diese Vorzüge besitzt das Hexal ebenfalls, und zwar in verstärktem Maße, da nur in einem einzigen Falle Intoxikationssymptome beobachtet worden sind. Etwas eingehender teilt der Verfasser seine Erfahrungen über Hexal bei blennorrhoischen Erkrankungen mit, bei komplizierten wie nichtkomplizierten; die Behandlungsdauer bei den letzteren betrug im Durchschnitt 22 Tage, bei den ersteren 30—19 Tage. (Diese Zahlen stammen von einem Material, das der Verfasser außer mit Hexal behandelte mit: Bettruhe, flüssiger Diät, speziell Milch und Fol. uv. urs., und nach Ablauf des ganz akuten Stadiums dreimal täglich 1%ige Protargollösungen. D. Ref.) Zum Schlusse noch die interessante Mitteilung, daß v. Schnizer in zwei Fällen von nässendem Ekzem und in drei Fällen von Ulcera mollia beobachten konnte, daß 15%ige Hexalsalbe schnell reinigend und austrocknend wirkte. Er resümiert: das Hexal ist auch bei längerem Gebrauch ein unschädliches, gern genommenes Mittel, dessen Wirkung sich erhöht, wenn es in warmen Teeaufgüssen gegeben wird; es kommt in allen Fällen in Betracht, in denen man quasi eine Antisepsis von innen heraus, d. h. eine Erhöhung der Abwehrkraft des Organismus gegen die Infektion wünscht; besonders als Harndesinfizienz bei allen Erkrankungen des Urogenitalapparates, speziell der Blennorrhoe. Über die diuretischen Wirkungen des Hexals müssen noch weitere Beobachtungen angestellt werden, ebenso über seine Wirkungen in 10—15%igen Salben bei schlecht heilenden Geschwüren und schlaffen Granulationen. O. Lasch-Breslau.

Zur Anwendung des Urotropins (Hexamethylentetramin) in der Dermatologie, von Otto Sachs-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 49.) Seit Januar 1911 hat Verfasser bei 82 Fällen von Herpes zoster, bei 29 Fällen von Erythema exsudativum multiforme et

Digitized by Google

bullosum, bei 41 Fällen von Impetigo contagiosa und 2 Fällen von Varizellen Urotropin in hohen Dosen bis zu 6—8 g pro die ohne Lokalbehandlung gegeben. Er legt Wert darauf, das Urotropin stets unmittelbar nach den einzelnen Mahlzeiten mit reicher Zufuhr von Wasser zu geben, um unangenehme Nebenwirkungen zu vermeiden. Bei geringer oder fehlender Flüssigkeitszufuhr, ebenso bei Einnahme auf leeren Magen hat er häufig Magendrücken, Brennen beim Urinlassen, Harndrang, Hämaturie, Obstipation und Arzneiexanthem beobachtet. Beim Herpes zoster dauerte die Behandlung durchschnittlich 5—8 Tage, bei sehr schmerzhaften Neuralgien auch wohl einige Wochen. Die Wirkung stellt sich Verfasser als eine innere Desinfektion des den Herpes zoster erzeugende, im Ganglion, in den Nerven, in den Lymphdrüsen usw. deponierten Virus durch das abgespaltene Formaldehyd vor. Da jede Lokalbehandlung unnötig wird, bezeichnet Verfasser das Urotropin als Spezifikum für den Herpes zoster. Ähnliche, wenn auch nicht ganz so prompte Resultate wurden beim Erythema exsudativum multiforme et bullosum erreicht. Er möchte zwar zu einer Nachprüfung an größerem Krankenmaterial auffordern, hält aber auch hier die Behandlung mit Urotropin für eine ätiologische Therapie. Bei Impetigo contagiosa dauerte die Behandlung durchschnittlich 4—10 Tage und machte die gerade hier oft umständliche Lokalbehandlung, die Entfernung der Haare der Kopf- und Bartgegend usw. unnötig. W. Lehmann-Stettin.

a. Penis, Urethra, Blase.

Die allgemein durchgeführte Zirkumzision als sanitäre Maßregel, von Abraham L. Wolbarst-New York. (J. Am. m. Assoc., 10. Januar 1914.) W. verlangt die Zirkumzision bei sämtlichen Knaben vom rein sanitären Standpunkt aus. Zu dieser Forderung kommt er auf Grund seiner Beobachtung, daß Syphilis und Ulcus molle bei Zirkumzidierten viel seltener vorkommen, als bei Nichtzirkumzidierten. Die allgemein durchgeführte Zirkumzision ist zu empfehlen, denn 1. ist sie ein Hilfsmittel zur leichteren Reinhaltung der Genitalien, 2. ist sie ein entschiedenes Prophylaktikum gegen die Ansteckung mit Syphilis und Ulcus molle, 3. verhindert sie in hohem Maße die Entwicklung von Kondylomen, Herpes, Epitheliomen und anderen Geschwülsten, 4. verführt sie weniger zur Masturbation und verhindert nächtliche Pollutionen, 5. vermindert sie bei Vorhandensein venerischer Erkrankungen örtliche Komplikationen und 6. macht sie die Entwicklung einer Phimose oder Paraphimose unmöglich. Die kleine Operation ist natürlich nach modernen chirurgischen Grundsätzen auszuführen, ein Verlangen, dem nach den Ausführungen des Verfassers auch bei der rituellen Beschneidung nichts entgegenstehen soll, so daß eine Infektion mit Syphilis oder Tuberkulose hierbei nicht mehr in Betracht kommt. H. Fendt-Wiesbaden.

Zur Behandlung der Phimose im Kindesalter, von E. Romingeb-Freiburg i. B. (M. m. W., 1914, Nr. 21.) Bei einer größeren Reihe von Fällen hat R. sehr gute Resultate in bequemer Weise durch Einlegen von Laminariastiften erreicht. Diese (von der Firma W. Pfeiffer in Freiburg, Kaiserstr. 89, zu beziehenden) Stifte haben abgestumpfte Spindelform und sind sowohl in der Längsachse zum Durchlassen des Urins als auch am distalen Ende quer durchbohrt, um das Befestigen mittels Schnüre und Heftpflasterstreifen zu ermöglichen. Man läßt sie gewöhnlich 6—8 Stunden liegen und findet dann die Vorhautöffnung meistens schon um das Doppelte erweitert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Therapie der Phimose, von O. Loewe-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1914, Nr. 20.) Verfasser hat an mehreren Fällen eine Schnittführung ausgeführt, welcher er die Vorzüge vindiziert, daß sie ein annähernd normal geformtes Präputium schafft, einfach in der Ausführung ist und das oft als Übelstand empfundene Anlegen der Nähte

Digitized by Google

an der Peripherie vermeidet. Es wird etwa in der Höhe der Mitte der Glans ein unvollständiger Zirkelschnitt durch das äußere Blatt der Vorhaut gelegt, unter Aussparung eines dreieckigen Lappens mit distal gerichteter Spitze auf der Dorsalseite. Das äußere Blatt wird vom Zirkelschnitt her nach oben präpariert, bis es vollständig umgestülpt werden kann; alsdann wird davon soviel als nötig abgetragen, worauf wieder zurückgestülpt wird und durch Nähte die Wundränder des Zirkelschnittes wieder vereinigt. Hierbei wird ein gewisser Teil des inneren Blattes der Vorhaut nach außen umgekehrt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Operation der Phimose, von Pagenstecher. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 3.) Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden. Es wird als beste eine modifizierte Lappenplastik empfohlen: Bildung eines U-förmigen Lappens aus dem äußeren Blatt, dann wird das innere Blatt gespalten und durch den zwischengepflanzten äußeren Lappen erweitert; es entsteht ein Präputium, das die Eichel bedeckt.

W. Haas-Hamburg.

Lokalanästhesie bei Operation der Phimose, von Saissi. (Presse méd., 1914, Nr. 27.) Verfasser bespricht zuerst die Innervation der Penishaut und baut auf diesen anatomischen Verhältnissen seine Anästhesierungsmethode auf. Er legt zuerst einen Infiltrationsring in die Penishaut zur Anästhesierung der oberflächlichen Nerven; dann einen zweiten Infiltrationsring in die Kranzfurche, durch den die tiefen Nerven betäubt werden. R. Frühwald-Leipzig.

Rattenbiß in den Penis, von J. Scharffenberg. (Tidsskrift f. den norske Lægeforening, 1914, Nr. 15.) Ein 29jähriger Arbeiter fühlte während der Defäkation (der Sitz des Abtritts war sehr niedrig) plötzlich einen Biß am Penis, und stürzte in die Höhe. Er sah dann, daß eine Ratte „wie ein Fisch an der Angel" am Penis hing, die sich aber sogleich fallen ließ, als er sich aufgerichtet hatte. Die Wunde blutete sehr stark; an der Glans penis waren zwei kleine Wunden mit 1 cm Zwischenraum zu sehen. Verfasser hat später nichts mehr vom Patienten gehört, woraus er schließt, daß eine weitere Infektion nicht stattgefunden hat. W. Holland-Kristiania.

Ein Beitrag zu den Tumoren des Penis, von Anton Heigel. (Prag. m. W., 1913, Nr. 42.) Verfasser berichtet über zwei von ihm untersuchte Fälle. Der eine zeigte einen Tumor des Penis, der als ein papilläres Karzinom diagnostiziert werden konnte, als solches im allgemeinen anatomisch und klinisch von dem Typus dieser Tumoren nicht abwich. Interessant aber waren die histologischen Details: die Hyperkeratose, die konjunktivale hyaline Degeneration in den papillären Exkreszenzen, die amyloide Degeneration und die große Zahl der Russelschen Körperchen in den Plasmazellen des entzündlichen Infiltrates. Alle diese Veränderungen bedeuten Störungen des Eiweißstoffwechsels, und jede dieser Veränderungen ist uns gut bekannt und einzeln nicht selten anzutreffen. Das gleichzeitige Vorhandensein aller dieser vier pathologischen Produkte als Ausdruck der Störung des Eiweißstoffwechsels im Zusammenhange mit einem Tumor des Penis dürfte aber sicher keinen allzuhäufigen Befund darstellen. Bei dem zweiten Fall handelte es sich um ein Sarkom des Penis, das als ein großzelliges Rundzellensarkom bezeichnet werden konnte und seinen Ausgang von dem Stützgewebe des Corpus cavernosum penis genommen hatte. Solche Tumoren sind sehr selten. Der Tumor war in diesem Falle auffallend lange Zeit als ein kleines Knötchen bestehen geblieben. Ob dieser kleine Tumor zunächst eine benigne Geschwulst dargestellt hatte, die erst später malign geworden war, kann natürlich nicht gesagt werden.

G. Heymann-Elbing.

Über einen ungewöhnlichen Penistumor, von Konjetzny-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 16.) In der Medizinischen Gesellschaft zu Kiel (Sitzung vom 5. 2. 1914)

Digitized by Google

demonstrierte K. ein durch Operation gewonnenes Präparat, das er als eine ganz ungewöhnliche, elefantiastische Epithelwucherung erklärt. Der nunmehr 39jährige Patient hat schon vor elf Jahren den Beginn der Geschwulstbildung in Form eines stecknadelkopfgroßen, warzigen Gebildes an der Glans beobachtet. Im Jahre 1906 wurde die inzwischen bis zu Hosenknopfgröße angewachsene Geschwulst operativ entfernt; es stellte sich aber bald ein Rezidiv ein. Da nunmehr das klinische Aussehen des $3^1/_2$ cm im Durchmesser betragenden Tumors entschieden karzinomatös war, wurde die Amputatio penis vorgenommen. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung mußte aber die klinische Diagnose unbedingt fallen gelassen werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Elefantiasis penis und ihre operative Behandlung durch Dränage mit implantierten Venenstücken, von P. Janssen-Düsseldorf. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 90, H. 1.) Bei einem jungen Manne mit einer außerordentlichen Vergrößerung des Penis, mit derber Haut und an mehreren Stellen befindlichen harten knotigen Indurationen, aus denen ganz kolossale Absonderung von Gewebsflüssigkeit stattfindet, führt der Verfasser folgende Operation aus: Um die Abflußbedingungen zu bessern, mußte eine Dauerdränage der erkrankten Teile stattfinden. Dies gelang ihm durch subkutane Einführung zweier Venenstücke, die einem sonst gesunden Manne entnommen wurden. Es wurde zunächst ein Kanal gebohrt vom Präputium an der Dorsalhaut des Penis bis zum Mons Veneris; hier wurden die beiden Venenstücke durchgezogen und die Hautwunden durch Drahtnähte geschlossen. Der Wundverlauf war ein guter.
W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von Penisverdoppelung, von Lionti-Palermo. (D. m. W., 1914. Nr. 8.) Es handelt sich um einen 21jährigen Zollwächter, der einen vorne und hinten mehr platt gestalteten Penis hat. Dieser hat auf der linken Seite seiner normal aussehenden Eichel eine andere kleine, etwas höhere und vorn sitzende Eichel. Die Spitze des Eichelchens ist mit einem kleinen Orificium cutaneum versehen, aus dem der Patient niemals Harn und Samen austreten gesehen hat, sondern nur aus der anderen, normal aussehenden. Die Erektion erstreckt sich auch auf die kleine Eichel. Die Operation ergab eine vollständig getrennte zweite Penisanlage. Der akzessorische Penis schloß sich nach hinten immer mehr schräg an, bis er ganz endete. Er hat eine Länge von reichlich 7 cm. Diese Anomalie ist nur durch die Anlage zweier embryologischer Keime zu erklären. B. Junghanns-Dresden.

Über einen Fall vollkommener Penisspaltung (Doppelpenis), von Rudolf Trenkler-Laibach. (W. m. W., 1914, Nr. 20.) Bei dem betreffenden Patienten fanden sich zwei anscheinend vollkommen ausgebildete Penisse. Es handelt sich um eine embryonale vollkommene Spaltung des Penis und teilweise auch der Urethra. Beide Teile sind nichts anderes als die getrennten Schwellkörper; beide gleich groß, symmetrisch und von normaler Länge und Dicke. Die Innenflächen der beiden Körper und auch der Eichel sind etwas abgeflacht und man kann daselbst den Verlauf der ebenfalls gespaltenen Urethra verfolgen, welche an der Wurzel der Pars pendulans in den Rest der normalen Urethra übergeht. Die freiliegende Urethralschleimhaut, welche sich durch ihre Farbe und ihre Lakunen auszeichnet, ist zu beiden Seiten scharf von einer feinen, rosafarbenen und glatten Haut umsäumt, die über die innere Fläche ziehend oben und unten in die normale faltige Penishaut übergeht. Das Präputium ist nur als ein rudimentärer Wulst vorhanden. Im übrigen sind alle Verhältnisse normal.
H. Vörner-Leipzig.

Erkrankungen des Penis bei Typhus, von F. Orsós-Budapest. (Verh. D. path. Ges. München, 1914.) Im ersten Fall litt ein 21jähriger Mann an typischer Gangrän des Penis, die sich über dessen ganze vordere Hälfte einschließlich Präputium aus-

Digitized by Google

dehnte und bis auf die Tunica albuginea der Schwellkörper des Penis und der Urethra reichte. Mikroskopisch fanden sich im Ausstrichpräparat fusiforme Bazillen und Spirochäten; aus dem Safte der thrombosiert erscheinenden Schwellkörper wuchsen reichlich Typhuskolonien.

Im zweiten Fall findet sich bei der Sektion eines 33jährigen Mannes ein bisher in der Literatur nicht beschriebenes Krankheitsbild, eine Urethritis diphtherica typhosa.

Eingehende Schilderung des histologischen Untersuchungsbefundes beider Krankheitsfälle. O. Gans-Freiburg i. Br.

Katheter, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 50.) Unter diesem Titel gibt Portner in der ihm eignen knappen Darstellungsweise höchst beachtenswerte Winke für die Praxis. Es kommen in Frage Katheter aus Metall, Seide, Baumwolle, Kautschuk; obwohl man prinzipiell das weichste Instrument verwenden sollte, so sind doch Kautschukkatheter wegen ihrer zu großen Weichheit oft ungeeignet. Baumwolle ist zwar billiger, aber weniger elastisch als Seide; nur im Notfall Metall (bei besonders starkem Sphinkterenkrampf, Prostatahypertrophie). Portner gibt dann unter Beifügung von Abbildungen die absolut notwendigen Formen an für denjenigen, der für die verschiedenen Fälle stets das geeignete Instrumentarium bereit haben will (vgl. Original). Zur Sterilisation: 1. Kautschukkatheter auskochen fünf Minuten lang in Wasser ohne Zusatz. 2. Seidenkatheter vertragen nur wenig Male das Auskochen (am besten die weißen Katheter von Porguès-Paris). Dafür a) Sublimat; in kaltem Wasser eine Minute abspülen, einlegen in 0,001 Sublimat zehn Minuten, trocken aufbewahren in verschlossenem Glasrohr, Formalin überflüssig, macht rauh; b) in strömendem Wasserdampf, beste Methode: vor dem Gebrauch erkalten lassen. 3. Metallkatheter in Wasser und Soda (ein Eßlöffel auf ein Liter) 5 Minuten kochen. 4. Glaskatheter auskochen oder zehn Minuten Sublimat und triefend naß einführen. Dann folgen die Vorschriften für den Selbstkatheterismus und die Aufzählung der dazu nötigen Instrumente.

O. Lasch-Breslau.

Messung und Projektion des hinteren Teiles der Harnröhre und des Blasengrundes mittels Metallkatheter und Radiographie, von Victor C. Pedersen und Byron C. Darling-New York. (New York m. J., 18. Juli 1914.) Die vorliegende Arbeit hat sich zur Aufgabe gesetzt, genaue Lage der Prostata und des hinteren Harnröhrenabschnittes einerseits und des Blasengrundes andererseits bei der Radiographie der Blase (wegen Steinen) festzustellen. Zu diesem Zwecke wurde, nachdem sich die Gummikatheter und die bisherigen Metallbougies als unpraktisch erwiesen haben, von den Verfassern ein spezielles Instrument konstruiert, das die Formen eines Katheters mittels eines Hohlschaftes, einer Bougie à boule mittels eines konischen Endes und einer Harnröhrensonde mittelst einer olivenförmigen Verdickung, die 1 cm lang und etwa 1 cm hinter dem konischen Ende angebracht ist, in sich vereinigt. Die genauere Art dieses Instrumentes und dessen Anwendung ist mit zahlreichen Abbildungen und auf Grund von 18 genau beschriebenen Fällen illustriert. Es ergab sich bezüglich der Form der Harnblase, daß dieselbe selbst unter annähernd den gleichen Ausdehnungsbedingungen eine wechselnde ist; die Hauptachse scheint in den meisten Fällen in der Linea interspinosa zu liegen. Die Blase besitzt eine Tasche (Einsenkung) im vorderen unteren Quadranten, welche unbedeutend oder sehr ausgeprägt oder auch ganz fehlen kann. Der Umstand, daß sie bei weiblichen Fällen nicht vorhanden ist, kann für die Annahme sprechen, daß sie durch Fixation des hinteren unteren Quadranten der Prostata zustande kommt, so daß das Gewicht der Flüssigkeit dahin fällt (oberhalb der Drüse, wo relativ weniger Halt ist). Die Blase kann weit ausgedehnte seitliche Projektionen, selbst ohne äußerste, die allgemeine Gegend des Poupartschen Bandes er-

Digitized by Google

reichende Füllung und unregelmäßige Form infolge krankhafter Veränderungen, wie z. B. in einem Falle infolge von Neoplasma, in einem anderen von geschwürigen Prozessen u. a. m. zeigen. Jedenfalls glauben Verfasser nach einer nun zweijährigen Erfahrung mit ihrem Instrumente über folgende zwei Fragen befriedigende Auskunft geben zu können: wo liegt die Prostata bei der Radiographie der männlichen und die Harnröhre bei jener der weiblichen Blase, um z. B. zu unterscheiden, ob ein Stein eher in der Blase als in der Prostata in Fällen von chirurgischer eiteriger Prostatitis, wobei man zuweilen an Lithiasis denken muß, liegt. M. Stern-München.

Ein Fall von Bifurcatio urethrae, von Torsten Rietz. (Nord. med. Arkiv. 1913, Abtg. I, H. 3, Nr. 8.) Ausführliche Beschreibung eines Falles von im distalen Abschnitt sich gabelförmig teilender Urethra, deren oberer Schenkel nach dem normalen Orificium externum an der Eichel zieht, deren unterer aber im Bereich des Penisschaftes in der Raphe ein wenig zentralwärts von der Mitte zwischen Peniswurzel und Sulcus coronarius mündet. Im Säuglings- und Kindesalter ist der Harn zum größten Teil durch die normale Öffnung abgegangen, nur in geringem Maße von der Unterseite, was sich im Laufe der Zeit geändert hat, so daß es zuletzt umgekehrt war, der Harn durch die untere Öffnung in kräftigem Strahle hervorspritzte, während er aus dem normalen Orifizium nur tropfenweise kam. Durch die untere Öffnung ist auch das Sperma beim Koitus abgegangen. Auf operativem Wege wurde die untere Röhre ausgeschaltet. In der Literatur hat Verfasser nur zwei dem seinen analoge Fälle auffinden können. Die Bezeichnung „Urethra duplex" will er für Fälle mit im ganzen Verlauf doppelter Harnröhre reservieren. E. Klemm-Leipzig.

Erfahrungen mit über tausend Fällen von chronischer Urethritis, von Sylvan H. Likes und Herbert Schoenrich-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 21. Juni 1913.) Als nichtblennorrhoische Entzündungen der vorderen Harnröhre besprechen die Verfasser die hier auftretenden Granulationen und Infiltrationen, die zuerst von Otis, später von Oberländer beschrieben worden sind. Zu unterscheiden sind weiche und harte Infiltrate, deren Nachweis durch eine möglichst dicke Knopfsonde geschieht; da aber das Orificium externum der engste Teil der Harnröhre ist und nur eine Knopfsonde von beschränktem Umfang, die die Infiltrate in vielen Fällen nicht fühlen läßt, den Durchgang erlaubt, so ist für die Untersuchung, besonders aber für die Behandlung meist eine Meatotomie erforderlich. Die Therapie besteht in Einführung von massiven Sonden mit Steigerung des Umfanges in verschiedenen Sitzungen. Die sonst vielfach gebräuchlichen Dilatatoren verwerfen die Verfasser; auch haben sie von der Anwendung des Urethroskopes keine besonderen Vorteile gesehen, außer für diagnostische Zwecke. Daß bei dem beschriebenen Verfahren die Verfasser viele höhere Nummern der Charrière-schen Skala, z. B. 30 oder 33 oder 35, anwenden müssen, als sonst üblich ist, erhellt ohne weiteres. Die Erfolge sollen sehr gut sein; jedenfalls viel besser als mit den vielen sonst gebräuchlichen Methoden. H. Fendt-Wiesbaden.

Die Behandlung der chronischen Urethritis, von Saul Steiner-New York. (New York m. J., 1. November 1913.) Einleitend betont St. die Wichtigkeit einer exakten Diagnose, die vor allem mit Hilfe des Mikroskops, aber auch des Endoskops zu stellen ist und eine genaue Kenntnis der Lokalisation der Krankheitsherde bezweckt. Eine sehr brauchbare diagnostische Methode ist auch Wolbarsts Fünfgläserprobe — von der Zweigläserprobe hält St. nichts —, ferner Sondeneinführung usw. Bezüglich der Behandlung ist zu unterscheiden, ob es sich um Urethritis anterior oder posterior handelt, und in zweiter Linie, ob Gonokokken noch zu konstatieren, ob überhaupt irgendeine lokale Erkrankung noch vorhanden ist. Bei Urethritis anterior handelt es sich um Reinigung der Harnröhre mittels Spülungen (von Kalium permanganicum 1:6000, 1:1000

Digitized by Google

und Arg. nitr.-Lösungen), Massage der Harnröhre und Instillationen von 1—5%iger Höllensteinlösung; bei der chronischen Urethritis posterior tritt mehr die endoskopische Lokalbehandlung (meist ebenfalls mit Silbersalzen) in den Vordergrund. Es gibt Fälle von chronischer Urethritis, welche auf zu langer und zu energischer Behandlung beruhen, ferner eine Urethritis bei Tuberkulose, Diabetes, Gicht usw., wo es vor allem auf die Allgemeinbehandlung ankommt. Zu erwähnen ist auch die Urethritis psychopathischen Ursprungs, welche ohne irgend welches anatomisches Substrat nur in der Einbildung der Patienten existiert und eben dadurch unheilbar ist, daß sie gar nicht vorhanden ist. Schließlich verwirft St. in sehr eindringlicher Weise die Schablone, mit der Patienten mit Ausfluß oder Fäden im Urin sofort Injektionen von Silbersalzen erhalten und wodurch sie oft so lange Zeit erfolglos behandelt werden. Wenn wir systematisch vorgehen, unsere Anatomie und Pathologie kennen, wenn wir mit allen Untersuchungsmethoden vertraut sind und die zur Verfügung stehenden Arzneimittel und technischen Apparate genau abschätzen, dann, so erklärt Verfasser, gibt es keine unheilbaren Fälle mehr. M. Stern-München.

Über die Behandlung der Urethritis bacterica und postblennorhoica mittels Lytinol, von Pakascher. (B. kl. W., 1913, Nr. 48.) Die Wirkung des Lytinols, die auf dem in ihm enthaltenen Jod und auf dem frei werdenden Sauerstoff beruht, ist eine zweifache: einmal wirkt es bakterizid, jedoch nicht auf Gonokokken; zweitens entfernt es die pathologischen Veränderungen aus der Schleimhaut, die in Form von Gewebsfetzen abgestoßen werden. Es wird in 10—20%igen Lösungen täglich fünf Minuten in die Urethra injiziert. Im ganzen wurden 57 Patienten behandelt. Verfasser stellt als Fazit seiner Beobachtungen fest, daß das Lytinol ein brauchbares bakterizides Mittel für die Urethra ist, daß es in der Behandlung der Urethritis bacterica et postblennorrhoica uns gute Dienste leistet. G. Heymann-Elbing.

Chronische Urethritis pneumococcica, von S. Colombino-Turin. (Pathologica, 1914, Nr. 143.) Verfasser fand in einem Fall von chronischer Urethritis als Krankheitserreger den Pneumokokkus. Die Identifizierung des Keimes geschah auf mikroskopischem und kulturellem Wege. Die Infektion der Harnröhre erfolgte wahrscheinlich auf hämatogenem Wege. K. Rühl-Turin.

Zysten der Urethra prostatica, von A. J. Underhill-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 24. Januar 1914.) Verfasser beobachtete bei zwei Patienten, die früher an Blennorrhoe gelitten hatten, zystische Degenerationen der Pars prostatica urethrae. Die erfolgreiche Therapie bestand in Dilatationen der Pars posterior mit nachfolgender Inzision der hiernach noch übriggebliebenen Zysten unter Kontrolle des Auges mit Hilfe des Endoskopes. Der erste Patient war wegen Impotenz in Behandlung gekommen, während der zweite über unbestimmte Beschwerden mehr „neurasthenischer" Art geklagt hatte. H. Fendt-Wiesbaden.

Behandlung der Harnröhrenkarunkel mit Hochfrequenzkautherisation, von Salomon Wiener-New York. (New York m. J., 6. Dezember 1913.) Unter der gemeinsamen Bezeichnung „Karunkel" werden dreierlei Arten von Affektionen der Harnröhre des Weibes umfaßt: das einfache Granuloma oder ein papilläres Angiom oder ein telangiektatischer Polyp. Ihre Symptome, in Dysurie und Tenesmus vor allem bestehend, sind oft nahezu unerträglich und in keinem Verhältnis zu Ausdehnung und Bedeutung des Leidens stehend. Die Behandlung bestand bisher in Exzision oder Ätzung (mit chemischen Mitteln oder Thermokauter). Bei den unangenehmen Nebenerscheinungen der ersteren, Notwendigkeit der Bettruhe usw., empfiehlt sich letztere Methode viel mehr, und zwar nach W.s Erfahrung besonders mittelst des Hochfrequenzstromes. Die Technik sei eine außerordentlich einfache: Karunkel und anliegende Schleimhaut werden

Digitized by Google

mit einer 5%igen Kokainlösung unempfindlich gemacht, die Spitze der Elektrode wird etwa 3—4 mm von der Oberfläche weggehalten und der Funke der Reihe nach über jeden Teil derselben weggeführt; die gesunde Schleimhaut muß natürlich vermieden werden. Die ganze Prozedur währt nicht länger als eine Minute und muß in 5—6tägigen Pausen 2—3mal wiederholt werden. Die Vorteile dieser Methode sind leichte und schmerzlose Behandlung, sofortiger Nachlaß der Harnbeschwerden, Fehlen jeder Lokalreaktion, keine Notwendigkeit der Bettruhe, wie nach Exzision und Naht, und vollständige Restitutio der Schleimhaut. M. Stern-München.

Fremdkörper in der Harnröhre, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 51.) Meist abgebrochene Katheter- oder Bougiestücke, Fremdkörper durch Onanie, Steine. Diagnose durch Palpation vom Damm aus, dabei die Harnröhre hinten fest zudrücken, um ein weiteres Hineingleiten zu verhüten. Therapie: Entfernung der Fremdkörper möglichst durch die Harnröhre mit der Collinschen Urethralzange mit großer Vorsicht; gelingt das nicht, dann vorsichtiges Hineinschieben in die Blase und Entfernung von dort mit dem Operationszystoskop, im Notfalle durch die Sectio alta. Läßt sich der Fremdkörper weder nach vorn noch nach hinten bewegen, dann muß die Urethrotomia externa gemacht werden. O. Lasch-Breslau.

Bericht über ein ungewöhnlich großes Harnröhrenkonkrement, von E. A. Walker-Meiktila, Burma. (Lanc., 7. Juni 1913.) Der Stein, der getrocknet ca. 65 g wog und aus Uraten mit einem äußeren Überzug von Phosphaten bestand, war bei dem 23jährigen Eingeborenen vollständig in der Urethra lokalisiert und erreichte mit keinem Teil seines Umfangs die Blase. Die Extraktion gelang durch einen sehr ausgiebigen Perinealschnitt unter erheblichen Beschwerden, doch überstand Patient die Operation gut. A. Philippi-Salzschlirf.

Klinische Vorlesung über einige Harnröhrenverletzungen und über die Behandlung der Harnröhrenstriktur, von Rutherford Morison. (M. Press a. Circ., 21. Mai 1913.) Mit wenigen Ausnahmen beruhen die Strikturen der Harnröhre auf Trauma (Ruptur) oder Infektion (Blennorrhoe). Der Ruptur der Harnröhre wird häufig nicht die nötige Aufmerksamkeit gewidmet. Die Diagnose gründet sich auf von der Miktion unabhängige Blutung aus der Harnröhre, auf Harnverhaltung und auf Anschwellung der Perinealgegend. Die Hauptbedingung bei der Therapie ist, die Urethralwunde durch Prima intentio zu heilen. Hierzu ist die Einführung und Belassung eines weichen Katheters in der Harnröhre erforderlich. Kann kein Katheter eingeführt werden, so ist operatives Vorgehen erforderlich, d. h. suprapubische Eröffnung der Blase und Einführung eines Katheters vom Orificium internum urethrae aus bis zur Rupturstelle; ein vom Orificium externum urethrae aus eingeführter Katheter wird ebenfalls bis zur Rupturstelle vorgeschoben und diese auf solche Weise fixiert. Auf die Rupturstelle wird sodann in der Längsrichtung inzidiert und die Harnröhrenenden werden durch Katgutnähte vereinigt. Sonstige Naht findet nicht statt. Für die entzündliche Striktur ist meist die Blennorrhoe verantwortlich zu machen; ihr Sitz ist in der Mehrzahl der Fälle in der Pars bulbosa. Jede Striktur muß als eine ernste Erkrankung betrachtet werden. Therapeutisch ist mit wenigen Ausnahmen die intermittierende Dilatation anzuwenden. Ist diese Methode der Wahl nicht anwendbar, so kommen noch zwei unblutige und vier Schnittmethoden in Betracht. Die kontinuierliche Dilatation, bei der die Sonde für Stunden oder Tage in der Harnröhre verweilt, ist bei Dringlichkeit anzuwenden. Der Nachteil dieser Methode beruht darin, daß der Patient das Bett hüten muß und daß die Dauersonde in der Harnröhre Urethritis hervorruft, die eine vorhandene Striktur noch verschlimmern kann. Eine weitere unblutige Methode ist die rapide Dilatation, die Verfasser manchmal anwendet: unter Anästhesie werden eine Reihe von konischen Bougies

Digitized by Google

hintereinander eingeführt. Für die Striktur des Meatus sollte immer der Schnitt bevorzugt werden. Für die Urethomia interna gelten zwei Indikationen: 1. die resiliente, 2. die reizbare Striktur. Die Urethomia externa ist indiziert bei Zystitis und bei durch Abszeß oder Fistel komplizierter Striktur. Die Sektio perinealis ist bei unpassierbarer Striktur anzuwenden. Die Exzision der Striktur ist eine gegenwärtig vernachlässigte Methode, die später vielleicht einmal eine wichtigere Rolle spielen wird.

H. Fendt-Wiesbaden.

Kongenitale Striktur der Pars prostatica urethrae mit Hyperplasie der Blase, Dilatation der Ureteren und multiplen Abszessen beider Nieren, von William H. Jordan-Providence, R. J. (J. Am. m. Assoc., 26. Juli 1913.) Kongenitale Striktur der Harnröhre ist als an drei Stellen vorkommend beschrieben: 1. am Meatus, 2. in der Fossa navicularis, 3. in der Pars membranacea. In keinem Lehrbuch ist eine Striktur der Pars prostatica erwähnt. Verfasser beobachtete folgenden Fall: bei einem vier Wochen alten Kind bemerkte die Mutter, daß der Urin nur in Tropfen abging. Der erste Versuch, eine dünne Sonde einzuführen, mißlang; bei einem zweiten Versuch gelangte Jordan doch bis zur Pars prostatica, fühlte hier einen Widerstand und kam schließlich in die Blase; es entleerte sich sodann in dünnem Strahl eine geringe Menge Urins. Die Sondierung wurde zwei Wochen lang täglich vorgenommen; Besserung trat jedoch nicht ein; der Urin ging immer noch in Tropfen ab. Nach kurzer Zeit konnten die Nieren palpiert werden, die immer größer wurden. Bald trat Dyspnoë ein und in der siebenten Woche starb das Kind unter häufigen, urämischen Konvulsionen. Die Sektion ergab: beide Nieren waren bedeutend vergrößert; beide Ureteren, besonders der rechte, war sackartig erweitert; die Blase war klein und hart und glich einer festen Masse von der Größe einer großen Olive. Die Pars prostatica urethrae zeigte eine Striktur von $^1/_4$ Zoll Länge. In beiden Nieren fanden sich zahlreiche Zysten; außerdem war eine chronische, diffuse Nephritis vorhanden. H. Fendt-Wiesbaden.

Moderne Technik bei Harnröhrenstrikturen, von Charles H. Chetwood-New York. (New York m. J., 4. April 1914.) Verfasser bespricht kurz Ätiologie, Diagnose und dann nichtoperative und operative Maßnahmen bei Harnröhrenstrikturen. Bezüglich der Diagnose legt er besonderen Nachdruck auf die instrumentelle Untersuchung. Etwa 60% der Fälle liegen zwischen Pars bulbomembranacea der Harnröhre und dem penoskrotalen Winkel, die übrigen sind ziemlich gleichmäßig über die anderen Teile der Pars anterior verteilt. Bei der Wahl der Behandlung ist die Hauptfrage, ob blutig oder Dilatation. Weniger die Form (enge) als die Struktur der Verengerung dienen als Wegweiser für die Behandlung: weiche Strikturen im Entzündungsstadium werden stets auf Dilatation und lokale antiseptische Maßnahmen zurückgehen, harte, fibröse Strikturen (im Stadium chronischer Entzündung) können zwar ebenfalls zuweilen durch diese einfachere Methode, die aber hier sehr lange Zeit in Anspruch nimmt, geheilt werden, meist führt jedoch die blutige Methode zu rascherer und dauernderer Heilung. Jene Strikturen, welche gar nicht oder sehr schwer zu passieren sind, bei welchen aber trotzdem Dilatationsbehandlung erwünscht ist, erfordern ganz spezielle Aufmerksamkeit: in entsprechenden Zwischenräumen versuche man, immer von neuem ein filiformes Bougie durchzuführen, und ist dies gelungen, so belasse man dasselbe 24—28 Stunden. Auch das Endoskop dient zuweilen dazu, in so schwierigen Fällen die Mündung der Striktur zu finden. In der Mehrzahl der Fälle, wo die Striktur über 20 Charr. hinausgeht, wird man die Metalldilatatoren, bei jenen unter 20 Charr. die weichen Instrumente vorziehen. Die Operationsmethoden sind innere Urethrotomie, äußere Urethrotomie mit und äußere Urethrotomie ohne Führung. Bei der Nachbehandlung des inneren Harnröhrenschnittes ist es zweckmäßig, den Dauerkatheter 24—48 Stunden

Digitized by Google

liegen zu lassen. Während äußere Urethrotomie mit Führung eine relativ leichte Operation ist, erfordert jene ohne Führung bei tiefsitzenden, undurchgänglichen Strikturen ein hohes Maß von Geduld und Geschicklichkeit. A. B. Cecil hat die geistreiche Idee gehabt, eine ($^1/_2$—$1\,^0/_0$ige) Methylenblaulösung in die Harnröhre zu injizieren, darin fünf Minuten zu belassen und dieselbe dann wieder mit sterilem Wasser zu reinigen; die perineale Inzision wird wie gewöhnlich ausgeführt und der Verlauf der Harnröhre, ebenso wie irgend welche falsche Wege sind an der Blaufärbung leicht zu erkennen. Eine weitere Vereinfachung der Technik, welche vor allem die Auffindung der Harnröhre hinter der verengten Stelle bezweckt, stammt von Sinclair aus Verfassers Klinik und besteht in Einführung eines Troikarts und Kanüle oberhalb des Schambeins in die Harnblase, Ausspülung derselben, zystoskopische Besichtigung des Orificium internum der Blase, Entfernung des Zystoskops und schließlich von dieser Stelle aus Einführung eines biegsamen Obturators in den hinteren Teil der Harnröhre. Ein mit Gummiüberzug versehener Finger kann vom Mastdarm aus die richtige Ausführung dieser Prozedur kontrollieren. Bei dem nun in Steinschnittlage gebrachten Patienten wird die Inzision wie gewöhnlich in der Mittellinie gemacht. Spitze der Prostata und der membranöse Teil der Harnröhre werden leicht gefunden, und das zweite Erfordernis der Operation, nämlich die vordere Stelle der Striktur zu finden, kann bedeutend durch Einführung eines biegsamen Bougies gegen den gleichzeitig durch die Kanüle eingelegten Obturator erleichtert werden. Ch. ist überzeugt, daß mit dieser Methode ein erheblicher Fortschritt in der urologischen Technik erzielt sei.

M. Stern-München.

Ein neues Urethrotom, von W. W. Bredin-Denver. (New York m. J., 17. Januar 1914.) Das vorliegende Instrument besteht aus drei Teilen: einem Hauptstiel, in welchem der Messerteil rück- und vorwärts sich bewegt, und einem Führer, welcher in einem (Nr. 9) französischen Katheter mit filiformer Spitze endigt. Das bulböse Ende des Führers, in welchem die Messer immer, außer wenn sie in Tätigkeit sind, eingeschlossen sind, ist an den Hauptschaft angeschraubt. Die Messer arbeiten durch den ausgehöhlten Teil des Führers, welcher zuerst die Striktur passieren muß; die Messer können keinen anderen Weg nehmen, als gerade durch die verengte Stelle (Striktur), und nicht tiefer eindringen, als die Entfernung beträgt, welche ihnen gerade durch die Aushöhlungen gesetzt ist. Der filiforme Katheter gibt den Weg an, rollt sich in der Blase auf und der verdickte Teil (Bulbus) folgt, bis er die Striktur trifft. Die Vorteile dieses Instruments sind Einfachheit der Konstruktion wie der Anwendung, absoluter Schutz gegen die Gefahr eines falschen Weges, völliger Schutz des nicht verengerten Teiles der Harnröhre, genaue Bestimmbarkeit des einzuschneidenden Teiles und Anwendungsmöglichkeit auf alle Arten von Strikturen, einschließlich jener, die nur für ein filiformes Bougie zugänglich sind; kurz, B. erklärt, mit diesem Instrument sei die Urethrotomie nicht länger mehr eine unsichere Operation. M. Stern-München.

Retrourethrale zystoskopische Führung bei der äußeren Urethrotomie, von D. A. Sinclair-New York. (New York m. J., 4. April 1914.) In Ergänzung der Arbeit von Chetwood über die Schwierigkeiten der äußeren, ohne Führung zu vollziehenden Urethrotomie bringt S. hier eine genaue Beschreibung des Instrumentariums, mittels dessen eine teilweise Behebung dieser Schwierigkeiten zu gelingen scheint. Es besteht der Hauptsache nach aus einem drei Zoll langen Troikart und Kanüle von 15 Charr. Weite, einem geraden, fünf Zoll langen (Besichtigungs-) Zystoskop von 12 Charr. Weite und einer ebenso weiten Herzfeld-Eustachischen Röhre mit Spiralende. Lokale oder allgemeine Anästhesie kann angewendet werden. Das distale Ende der Kanüle wird nach Einstich des Troikarts (ein Zoll oberhalb der Symphyse) nahe dem inneren

Digitized by Google

Sphinkter gebracht (nachdem eine Blasenspülung gemacht und das Zystoskop eingeführt worden ist). Die Wunde der oberen Blasenpunktion heilt rasch und ohne Folgen, wenn durch die gewöhnliche Perinealdränage unterstützt, und wird einfach durch ein Stück steriler Gaze bedeckt. S. modifizierte das Instrumentarium noch dadurch, daß Troikart und Kanüle als Hülle für das Zystoskop dienen; die Technik für deren Einführung in die Blase ist die gleiche wie für das oben beschriebene kleinere Instrument; ein biegsamer Charr. Nr. 5-Metallkatheter kann durch dieses Zystoskop und unter direktem Licht in den hinteren Teil der Harnröhre und selbst in den vorderen Teil derselben geführt werden. M. Stern-München.

Experimentelle Untersuchungen über urethrale Plastik, von Giuseppe Pinardi-Turin. (Policlinico, November 1913.) Verfasser hat eine Reihe von Versuchen an Hunden gemacht, bei denen er die Möglichkeit einer direkten Verpflanzung von urethralen Segmenten verschiedener Größe von Tier zu Tier erprobte, und kommt zu folgendem Schlußergebnis: 1. bei peinlichster Asepsis ist gleich wie bei anderem Gewebe eine Verpflanzung urethraler Gewebe von Individuum zu Individuum möglich, 2. das Einheilen wird begünstigt durch Fernhaltung jeder Infektionsmöglichkeit und speziell durch Ableitung des Urins, und 3. das Resultat in bezug auf Funktion ist ein ziemlich gutes. E. Rossen-Wiesbaden.

Urethroplastik vermittels eines freien Stückes einer Faszie, von L. Silvestrini-Genua. (Gazz. internaz. di Med. e Chir., 1914, Nr. 16.) Verfasser hat bei zwei Hunden einen 1 cm langen Abschnitt der Harnröhre exzidiert und durch ein Stück der Fascia lata ersetzt (die Technik ist im Original nachzulesen): der Ausgang war ein guter und die auf diese Weise zum Teil substituierte Urethra funktionierte ganz gut. K. Rühl-Turin.

Die Behandlung der traumatischen Harnröhrenruptur, von Charles Greene Cumston-Genf. (New York m. J., 3. Januar 1914) Kurz zusammengefaßt ergibt sich aus den theoretischen und praktischen Ausführungen C.s, daß in allen Fällen von traumatischer Ruptur der Harnröhre sofort die perineale Inzision ausgeführt werden muß, ohne daß ein Versuch zum Katheterismus der Harnröhre gemacht wird. Äußere Urethrotomie mit Einführung (temporärer) des Katheters ist nur bei vollständiger Ruptur der Harnröhre mit gleichzeitiger Infektion und Quetschung der Weichteile die rationelle Behandlung. Bei unvollständiger Ruptur der Harnröhre ist, wenn nicht die Gewebe stark gequetscht und Infektion nicht vorhanden sind, sofortige Naht des Risses und der Weichteile des Perineums zu versuchen, wobei aber zuweilen Verlagerung der Harnröhre mittels oberen Blasenschnitts oder Urethrotomie im membranösen Teile der Harnröhre noch notwendig sind. Nachfolgende Strikturen sind nach C.s Ansicht nicht derber und enger als infolge anderer Krankheitsprozesse und wohlausgeführte prophylaktische Dilatation zur Ergänzung der Behandlung dienend, wonach der Patient sorgfältig im Selbstgebrauch der Sonde instruiert wird. M. Stern-München.

Die Ableitung des Urins unter dem Schambogen bei Rupturen der Harnröhre, von V. Carlier und Maurice Gérard. (Prov. méd., 1914, Nr. 23.) Verfasser gelangen auf Grund ihrer Erfahrungen, von denen vier Fälle ausführlich behandelt werden, zu folgenden Schlüssen: Bei den Harnröhrenrupturen gibt die unmittelbare Urethrorraphie über dem Dauerkatheter fast immer schlechte Resultate, denn sie schützt nicht vor der traumatischen Verengerung und ihren vielfachen Gefahren. Die Mündung der Urethralstümpfe nach der Haut mit folgender Autoplastik ist ein Eingriff, der gute Resultate geben kann, aber den man nicht oft unter günstigen Bedingungen wird ausführen können. In allen Fällen, in denen man mit einer Harnröhrenzerreißung zu tun hat (mittlere und schwere Fälle), wird man zunächst die Ableitung des Urins vor-

Digitized by Google

nehmen, bevor man die Kontinuität der Harnröhre durch Urethrorraphie ohne folgenden Dauerkatheter wiederherstellt. Die Ableitung des Urins ist ferner angezeigt bei den Harnröhrenzerreißungen mit Infektion und Urinaustritt. In allen Fällen muß die Urinableitung mittels der Zystotomie vorgenommen werden, deren Vorteile denen der Urinableitung durch die perineale Urethrotomie immer sehr überlegen erschienen.

E. Klemm-Leipzig.

Über Zystographie, von O. Zuckerkandl-Wien. (M. m. W., 1914, Nr. 35.) Die Verwendung der Röntgenstrahlen zu diagnostischen Zwecken bei Blasenaffektionen bietet, wie Verfasser an einer Reihe von Bildern (19) darlegt, in vielen Fällen sehr willkommene Vorteile und bildet gelegentlich sogar eine unentbehrliche Ergänzung der zystoskopischen und sonstigen Untersuchung. So gab das Verfahren mehrfach Aufschluß über die sonst nicht zu entscheidende Frage, ob ein vorhandenes Gewächs gestielt war oder die Blasenwand breit infiltriert hatte. Ferner werden einige Fälle geschildert, bei denen sicherer Aufschluß über die Beschaffenheit der Prostata nur durch die Röntgenuntersuchung zu erlangen war. Bei diesen Untersuchungen hat sich die Verwendung von Kollargol nebst der Luftfüllung der Blase als außerordentlich wertvoll erwiesen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Erkrankungen der Blase, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 39 - 44.) In sechs kleinen Mitteilungen berichtet Portner über Erkrankungen der Blase beider Geschlechter; er schildert kurz die Symptome, bespricht die Ätiologie und Prognose und gibt für die Diagnosenstellung und die Therapie kurze Hinweise und einige Rezeptformeln für die zumeist in Betracht kommenden Mittel. Diese kurzen, knappen Winke werden dem Praktiker sehr willkommen sein, eignen sich aber nicht zum Referieren.

O. Lasch-Breslau.

Die Bedeutung des häufigen Urinierens und des Tenesmus bei akuter Zystitis, von O. Heath-London. (Brit. m. J., 29. November 1913.) Bei einem sonst gesunden Manne, der zwei Monate nach dem Überstehen einer akuten Urethralblennorrhoe mit Blasensymptomen erkrankte, fand Verfasser im Urin nur Staphylokokken und Bazillen vom Typus der Xerosisbakterien. Aus diesen wurden Vakzinen bereitet. In der Zwischenzeit wurde keinerlei Behandlung gegeben, außer daß der Patient Tag und Nacht reichlich Wasser trank, um den Urindrang zu mildern. Nach Verabreichung der Vakzinen wurde die negative Phase abgewartet (24 Stunden), und alsdann wurde 5—6 Stunden lang jegliche Zufuhr von Flüssigkeit inhibiert, um die Blase zu möglichst kräftigen Kontraktionen zur Austreibung von Bakterien und Eiter anzuregen. Einige Tage später wurde eine zweite und dann noch eine dritte Injektion gegeben. In der Zwischenzeit wurde mit Trinkperioden und Durstperioden abgewechselt. Am achten Tage war völlige Heilung erzielt, die jetzt drei Jahre lang vorgehalten hat. Verfasser meint, daß man den natürlichen Vorgang des Tenesmus therapeutisch in systematischer Weise ausnutzen sollte.

A. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung der Zystitis mit Joddämpfen, von S. Pascual. (Rev. clin. Madrid, 15. August 1913.) Verfasser hat in einigen Fällen die Behandlung der Zystitis mit Joddämpfen vorgenommen. Das Jod wird durch Erhitzung von Jodoform in einem Kolben gewonnen und mittels einer Pumpe in die Blase getrieben. Die Erfolge waren gut, namentlich bei sekundärer tuberkulöser Zystitis.

R. Frühwald-Leipzig.

Chronische Zystitis beim Weibe ist keine essentielle Erkrankung, von George Gilbert Smith-Boston. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Persistierende Zystitis ist an und für sich keine Krankheit, sondern das Resultat pathologischer Zustände außerhalb der Blase. Jeder Urologe weiß, daß die normale Blase außerordentlich widerstandsfähig ist gegen Infektionen. Fälle von akuter Zystitis heilen in einigen

Digitized by Google

Tagen bei Bettruhe, antiseptischen Medikamenten und einigen Spülungen. Besteht trotzdem die Entzündung weiter, so ist nach anderen Störungen zu suchen, nach solchen von der Niere oder den Ureteren, oder dem Becken oder der Urethra, oder dem Mechanismus der Blasenentleerung her. Verfasser versucht, seine Behauptung durch Beobachtungen an 98 Frauen zu beweisen; bei allen diesen Patientinnen konnte er keinen einzigen Fall von wohldefinierter Zystitis feststellen. Vielfach handelte es sich um Niereninfektionen, sowohl tuberkulöser als nichttuberkulöser Art, um Schwierigkeiten bei der Blasenentleerung, um Beckeninfektionen und um andere Ursachen.

H. Fendt-Wiesbaden.

Eine neue Methode, chronische Kolizystitis und andere bakterielle Infektionen zu behandeln, von C. Russ-London. (Lanc., 14. Februar 1914.) Verfasser hat bei früherer Gelegenheit schon über seine Untersuchungen berichtet, denen zufolge bei der Durchleitung eines galvanischen Stromes durch eine bakterienhaltige Flüssigkeit die Mikroorganismen in auffallender Weise je nach der Beschaffenheit der Flüssigkeit und anderer Faktoren nach einem der Pole hinwandern, wobei er zeigte, daß sie durch stärkere Ströme zum Absterben gebracht werden. Dieses Prinzip hat er nun bei Ulcus cruris und bei Zystitis praktisch verwendet und einige beachtenswerte Erfolge erzielt. Zur Behandlung der durch Infektion mit B. coli bedingten Zystitis wurde die eine Elektrode in Form einer breiten, mit einer warmen Salzlösung getränkten Binde (welche im Innern einen Kern von Metallgaze enthielt) um den unteren Teil des Rumpfes gelegt. Die andere Elektrode bildete ein durch ein Gummikatheter bis in die Blase eingeführter Platindraht. An den Katheter war ein Glasrohr und an dieses wiederum ein Glastrichter angeschlossen. Die Blase wurde mit 2%iger Salzlösung (bei späteren Versuchen auch mit einer Lösung von Jodsäure 1:1500) angefüllt bis in den Trichter hinein. Alsdann wurde ein Strom von 3—5 MA. während 20–30 Minuten durchgeleitet. Bei einigen sehr inveterierten Fällen mit sehr quälenden Urinbeschwerden trat nach der allerdings nicht ganz kurzen Behandlung eine ausgesprochene Besserung ein. In eigentümlicher Weise wurden die Bazillen morphologisch beeinflußt, indem sie im mikrophotographischen Bilde an Zahl stark vermindert als lang ausgezogene Fäden erscheinen. Auch beim Ulcus cruris chronicum hat R. das Verfahren, entsprechend modifiziert, zum Keimfreimachen der Geschwürsflächen bewährt gefunden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Einige Beobachtungen über Hautkrankheiten im Kriege, von Stefan Weidenfeld und Erwin Pulay-Wien. (W. m. W., 1915, Nr. 7.) Der Krieg bedingt zunächst Hautkrankheiten, welche infolge der Marschanstrengungen entstehen. Beim Infanteristen sind es die Fußsohlen, beim Reiter das Gesäß und die inneren Schenkelflächen. Andere Erkrankungen der Haut entstehen beim Transportieren der Waffen, der Ausrüstungsgegenstände usw. An Veränderungen werden beobachtet: Schwielen, Verletzungen, Ekzeme, Furunkulose, Akne, Verbrennungen, schließlich solche, welche die Soldaten aus äußeren Umständen befallen und die sich von den Hautkrankheiten im Frieden nur dadurch unterscheiden, daß sie massenhaft auftreten: Skabies und Pedikulosis. Hieran schließen sich Bemerkungen über Therapie und Prophylaxe. H. Vörner-Leipzig.

Zur Prophylaxe und Vertreibung des Ungeziefers im Felde, von K. Herxheimer und E. Nathan-Frankfurt. (Ther. Mh., 1915, H. 2.) Seitdem man weiß, daß die gefürchtesten Kriegsseuchen durch die Läuse verbreitet werden, kommt der Frage der

Digitized by Google

Ungezieferbekämpfung im Felde eine erhöhte Bedeutung zu. Es sind hierfür bisher eine Anzahl Mittel in Vorschlag gebracht worden, von denen die meisten wohl den gewünschten Erfolg hervorbringen, denen aber auch oft Nachteile anhaften, die ihre allgemeine Verwendbarkeit beeinträchtigen. Die allgemeinen Maßregeln der Kleider- und Wäschedesinfektion, die zur Entlausung größerer Truppenmengen in Betracht kommen, sind nur in Ortschaften und geschlossenen Räumen durchführbar. Für die persönliche Ungezieferbekämpfung des einzeln im Felde stehenden Soldaten sind sie unmöglich. Die für diesen Zweck in Betracht kommenden Mittel wurden von den Verfassern einer beurteilenden Prüfung unterzogen, wobei die meisten als unwirksam oder als unpraktisch verworfen werden mußten: die am meisten empfohlenen ätherischen Öle, wie Eukalyptusöl, Nelkenöl, Fenchelöl und vor allem Anisöl, haben sich zwar als zweckentsprechend erwiesen, aber sie sind unhandlich und machen leicht Ekzeme. Die graue Salbe ist wegen der Gefahr der Quecksilbervergiftung nur beschränkt anwendbar. Der von Blaschko angegebene Naphthalinpuder zeigte bei den Versuchen eine zu geringe und so langsam eintretende abtötende Wirkung auf die Insekten, daß ihm, wenn er allein angewendet wird, keine große Bedeutung für die Ungezieferbekämpfung beigemessen werden kann. Äther besitzt so viele offenkundige Nachteile, daß er ganz ausgeschaltet werden muß, ebenso sind Perubalsam und Styrax für andauernde Anwendung ungeeignet. Die Flores Pyrethri (Insektenpulver) sind teuer und haben vor allem bei den Abtötungsversuchen an Läusen vollkommen versagt.

Die Verfasser haben nun einen 3%igen Kresolpuder hergestellt, der aus dem im Handel befindlichen Trikresol, einem Gemenge der drei möglichen isomeren Kresole, sowie aus Talk, Magnesia usta und Bolus alba und einem Zusatz von Sassafrasöl als Geruchmittel besteht. Dieser Kresolpuder entspricht allen Anforderungen an ein gutes Insektenpulver, es ist leicht herstellbar, billig, handlich und unschädlich und entfaltet vor allem, wie die ausgedehnten Versuche der Verfasser ergeben, eine schnelle und sichere abtötende Wirkung auf die Läuse. Die Zeit, die durchschnittlich erforderlich ist, um mit ihm Kleiderläuse zu töten, beträgt etwa 5 Minuten, bei Wanzen etwa 15 Minuten. Der Kresolpuder kommt in Kästchen zu 60 g mit Pulversieb in den Handel, bei der gewöhnlichen Anwendung kann ein Kästchen einen Monat reichen.

H. Boehme-Leipzig.

Verschiedenes.

The Lancet teilt mit, es sei einer englisch-französischen Gesellschaft die chemische Analyse von Ehrlichs Salvarsan geglückt, und es hätten englische Laboratorien, was für die Heere der Verbündeten von großer Bedeutung sei, die Fabrikation bereits aufgenommen.

Dr. Rudolf Paschkis hat sich in Wien als Privatdozent für Urologie habilitiert.

Dr. Emil Trammer, Sekundararzt der Abteilung von Prof. Ehrmann in Wien, ist in den Karpathen gefallen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

15. Mai 1915 | Nr. 20 | Band 60

Weizenstärke als Hautmittel und ihr Ersatz.

Von

P. G. Unna.

Der warme patriotische Appell unseres Kollegen Halle[1]) wird wohl nicht verfehlen, sämtliche deutsche Dermatologen zu einer entsprechenden Änderung ihrer Vorschriften, falls dies überhaupt erforderlich war, zu veranlassen. Der Gebrauch des Stärkemehles in der Apotheke ist für uns wirklich unnötig und bei den seltenen Fällen, wo es auf rasche Beseitigung eines hochgradigen Ödems zugleich mit permanenter Kühlung ankommt und wir mit Vorliebe sogar zu Einpackungen mit großen Mengen des kühlen, weil feuchten vegetabilischen Puders greifen — beim erysipelatoiden Ekzem des Gesichts z. B. — läßt sich dieselbe Wirkung auch durch eine wasserhaltige Kühlpaste, wie die Pasta Zinci mollis und ähnliches, hervorbringen. Hat uns der Krieg erst von der Zwangsvorstellung, alle stürmischen Hautentzündungen zuerst mit dem Mehl der Haushaltung behandeln zu müssen, entwöhnt, so wird jeder von uns auch mit Methoden vertraut und um solche bereichert sein, welche das Mehl selbst in diesen dringenden Fällen durch andere Mittel ersetzen.

Ich folge aber gerne der Aufforderung des Kollegen Halle, zu dieser Frage das Wort zu ergreifen, weil ich aus vielen das Thema betreffenden Gesprächen mit Apothekern den Eindruck erhielt, daß über den Zweck der Puder und Pasten im allgemeinen in pharmazeutischen Kreisen nicht die genügende Klarheit herrscht und eine allgemeine Diskussion dieses Themas sehr erwünscht ist.

Ehe ich aber auf die einzelnen uns zu Gebote stehenden Ersatzmittel näher eingehe, möchte ich einige Erfahrungen aus dem Eppendorfer Krankenhause mitteilen, bei denen ich von den Apothekern bereitwilligst unterstützt wurde. Insbesondere statte ich Herrn Oberapotheker Petzet für diese Mitarbeit meinen verbindlichsten Dank ab.

Die in folgender Statistik mitgeteilten Zahlen beweisen in der Tat, daß der gewöhnliche Stärkemehlverbrauch, im Krankenhause wenigstens, größer ist, als die meisten Ärzte sich träumen lassen.

[1]) Siehe diese Zeitschrift, 10. April 1915, Nr. 15.

Digitized by Google

Gesamtverbrauch von Amylum tritici im Eppendorfer Krankenhause im Jahre 1914.

	Angefertigte Menge in kg	Darin ist Amylum tritici enthalten in %	in kg	Amylum tritici pulv.
Pasta Zinci flava	160	25	40	65,7 kg für Pasten und Salben
Pasta Zinci salicyl. Lassar	10	24	2,4	
Pasta Zinci fl. cum Dermatol 10%	24	25	6	
Pasta Zinci fl. cum Tumenol 5%	50	25	12,5	
Ungt. Dermatoli 2%	17	24	4	
Ungt. Glycerini D.A.B.	8	10	0,8	
Pulv. Hebrae	208	77	160	270,0 kg für diverse Streupuder
Pulv. salicyl. c. Talco	350	10	35	
Pulv. Zinci c. Amylo	150	50	75	
Amylum tritici pulv.	—	—	712	712,0 kg rein als Streupuder
				1047,7 kg Gesamtverbrauch in 1914

Die Tabelle läßt auf den ersten Blick erkennen, daß der Amylumverbrauch für Pasten und Salben verschwindend gering[1]) war gegenüber dem für Streupuder, nämlich nur 66 kg gegenüber 982 kg für Puder. Dieser Umstand leitete sofort auf die Spur, wo denn eigentlich in diesem Falle das hauptsächlichste Mehlbedürfnis zu suchen war; es fand sich bei den Säuglingen der Kinderabteilung und bei den Neugeborenen der Entbindungsanstalt. Hier herrscht nämlich die Gewohnheit, bei jedem Windelwechsel der gesunden Kinder und jedem Verbande der an Ekzem leidenden mit einer jedem Kinde eigenen Streubüchse die Haut durch Stärkemehl oder Pulvis Zinci cum Amylo trockenzulegen.

Eine daraufhin an die Direktion des Altonaer Kinderhospitals gerichtete Anfrage ergab denn auch ein ganz ähnliches Resultat. Auf der Säuglingsabteilung desselben belief sich der Verbrauch von Amylum tritici im Jahre 1914 auf über 65 kg.

Diese Methode der Mehleinstreuung ist reinlich, bequem für das Pflegepersonal und sicher gut für die Kinder, aber sie ist verbesserungsfähig. Denn Amylum ist gar nicht das beste Mittel, um viel Wasser und zugleich das von der Haut der Genitalien der Kinder sezernierte Fett aufzusaugen. Es wird in diesen Eigenschaften von Magnesia carbonica und Kieselgur um das 4—8fache übertroffen. Beides sind billige Mittel, die uns in unerschöpflichen Mengen zu Gebote stehen.

[1]) Es kommt hierbei in Anbetracht, daß die Anzahl der Hautpatienten in Eppendorf sehr klein ist und die für diese gebrauchten Pasten nach von mir gegebenen Vorschriften nur Kieselgur, Kreide, Magnesia carbon. und Kaolin, dagegen kein Amylum enthalten.

Digitized by Google

Da für einen endgültigen Ersatz des Stärkemehls in jetziger Zeit der Preis eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, so seien zunächst die Preise der für Puder und Pasten in erster Linie in Betracht kommenden, bereits in der Apotheke vorrätigen Stoffe zusammengestellt.

Hundert Kilogramm kosten von:

Amylum tritici	74,00 M.
Kaolin	15,00 „
Bolus rubra	20,00 „
Bolus alba	30,00 „
Talkum (Sieb 5)	10,50 „
Talkum (Sieb 6)	25,00 „
Calcium carbonicum . . .	35,00 „
Magnesia carbonica . . .	63,00 „
Terra silicea	74,00 „
Terra silicea puriss. . . .	80,00 „

Man sieht, daß nur Kieselgur und Magnesiumkarbonat dem Amylum, was den Preis betrifft, nahe kommen, während alle anderen mineralischen Pulver weit darunter bleiben. Diese beiden Substanzen aber — Kieselgur und Magnesiumkarbonat — sind gerade diejenigen, von denen, um aus Salben gute Pasten zu machen, ein Zusatz von 5—10% schon dieselbe Wirkung hat wie ein solcher von 25% Amylum. Somit stellen sich alle mineralischen Pulver ganz bedeutend billiger und es besteht jedenfalls von dieser Seite kein Einwand gegen ihre Verwendung.

Nach Beendigung des Krieges dürfte sogar die weitere Frage aufzuwerfen sein, ob gewisse in der Technik gebrauchte und noch viel billigere Pulver nicht in die Apotheke einzuführen seien. Ich übergehe dieselben hier jedoch, da über sie genügende Erfahrungen noch nicht vorliegen.

Um nun unter den genannten mineralischen Pulvern die richtige Auswahl für Puder und Pasten zu treffen, sei es mir erlaubt, einige allerdings für Dermatologen selbstverständliche, aber in ärztlichen und Apothekerkreisen, wie es scheint, nicht genügend bekannte Eigenschaften derselben kurz zu besprechen.

Ich beginne mit der Kieselgur, da diese wichtigste aller Pastengrundlagen merkwürdigerweise in Apothekerkreisen noch immer auf Widerstand stößt, obwohl ihre Vorzüge seit 1888 bekannt sind und sehr oft hervorgehoben wurden. Man macht der Kieselgur den Vorwurf, daß sie sich ohne maschinelle Hilfe nicht so fein verreiben läßt, um zu verhindern, daß in den damit bereiteten Salben gröbere Partikelchen unangenehm auffallen. Durch den Gebrauch sehr fein gepulverter Kieselgur,

Digitized by Google

die bei den geringen in Betracht kommenden Mengen sich noch immer billiger als Stärkemehl stellen würde, könnte man diesem Vorwurf ausweichen. Aber ich würde gar nicht dazu raten, da bei maximaler Zertrümmerung der kleinen Kieselpanzer der Diatomen die wasseranziehende Eigenschaft der Kieselgur sicher Einbuße erleiden würde. Diese Körnchen, die dem Finger des Apothekers unangenehm sind, setzen den Wert der Kieselgur therapeutisch gar nicht herab.

Es wird ferner gesagt, daß Kieselgur die Haut schon beim bloßen Anfühlen austrockne und nicht so mild und indifferent sei wie das Amylum der Lassarschen Paste und wie andere vegetabilische Pulver und Talkum. Das ist sehr richtig, spricht aber gerade für Kieselgur, welche nur deshalb 1887 von mir eingeführt wurde, um bei nässenden Hautaffektionen eine rasche und maximale Eintrocknung der Oberhaut herbeizuführen. Zu diesem Zwecke — und es ist der Hauptzweck, zu dem die Dermatologen Pasten gebrauchen — hat es sich in den verflossenen 27 Jahren glänzend bewährt und ist von keinem anderen Mittel erreicht, geschweige übertroffen worden. Noch immer ist die Zinkoxyd-Schwefel-Kieselgur-Paste, welche drei austrocknende Mittel in sich vereinigt, bei nässenden Ekzemen das wirksamste, die Heilungsdauer am meisten herabsetzende Mittel.

Bei der Kieselgur kommt es also weder auf Eleganz des Präparates noch auf Annehmlichkeit und Weichheit der damit hergestellten Pasten an, sondern nur auf ihre außerordentliche, durch die lufthaltigen Kieselschalen bewirkte eintrocknende Eigenschaft. Ich gebe dem Kollegen Halle daher vollkommen recht, daß er bei Gelegenheit dieser Revision unseres dermatologischen Arzneischatzes ganz allgemein Kieselgur an Stelle des Amylums in den Pasten zu setzen vorschlägt. Denn gerade jetzt kommt es doch darauf an, unsere an nässenden Ekzemen leidenden Krieger besonders rasch gesund zu machen.

Pasta Zinci.		Pasta Zinci sulfurata.	
Terrae siliceae	5	Terrae siliceae	5
Zinci oxydati	25	Zinci oxydati	15
Olei arachidis	10	Sulfur. praec.	10
Adipis suilli	60[1])	Olei arachidis	10
		Adipis suilli	60

[1]) Der Vorschlag von Halle, in meinen Vorschriften für obige Pasten das Schweineschmalz durch Vaselin oder ein Vaselingemisch zu ersetzen, stieß in Apothekerkreisen auf berechtigten Widerstand. Die Schwierigkeit in der Beschaffung von Vaselin. flav. wird täglich größer, während Schmalz im Lande gewonnen wird und für den immerhin beschränkten Bedarf auch bei längerer Dauer des Krieges in genügender Menge beschafft werden kann.

Digitized by Google

Ganz anders steht es in bezug auf die Frage, ob Kieselgur zu Pudern verwendet werden soll; dieselbe kann einfach verneint werden. In der Puderform ist nicht bloß das trocken-rauhe Gefühl der Kieselgur sehr merklich und tatsächlich unangenehm; sie haftet auch zu wenig an der Haut.

Aber die chronischen nässenden Hautaffektionen sind nicht die einzigen, welche mit Pasten behandelt werden. Die Pastenbehandlung hat sich vielmehr auch bei den akutesten Hautentzündungen bewährt, die mit starker Hyperämie, entzündlicher Schwellung und großer Schmerzhaftigkeit auftreten und als deren häufigste Typen einerseits von Hautkrankheiten das erysipelatoide Ekzem des Gesichts und das der Genitalien genannt sein mögen, von chirurgischen Erkrankungen andererseits die Verbrennungen zweiten Grades. Hier gehören aber ganz andere Pastengrundlagen hin, nämlich die aus der Gruppe der alkalisch reagierenden, kohlensauren Erden: Kohlensaurer Kalk (Kreide) und kohlensaure Magnesia. Die alkalische Reaktion dieser Mittel führt, wie bei allen alkalischen Mitteln (Soda, Borax, Seife), einerseits zur Verseifung des Hautfettes (ca. 1‰ Ölsäure), dadurch zur Vermehrung der Verdunstung von der Haut und damit zur Abkühlung derselben, andererseits zur Beruhigung der gereizten Hautnerven.

In den mit ihnen hergestellten Kühlpasten, besonders der hierunter zuerst aufgeführten, besitzen wir unschätzbare Mittel zur raschesten Beseitigung des Schmerzes und der Entzündung.

Formeln für Kühlpasten.

Olei lini
Aquae calcis aa 20
M. adde
Calcii carbon.
Zinci oxydati aa 30
M.

Magnes. carbon.	10	Magnes. carbon.	10
Aquae dest.	20	Ungt. lenient.	40
Eucerini	20	M.	
M.			

Von dieser Gruppe eignet sich das Magnesiumkarbonat seiner Leichtigkeit wegen auch sehr gut zu Streupudern. Es besitzt nach der Kieselgur die stärkste wasseraufsaugende Kraft von allen mineralischen Pulvern und ersetzt sowohl in den Pudern wie in den Kühlpasten nach dieser Richtung hin die Infusorienerde vollständig.

Wiederum eine andere Bedeutung hat die Gruppe der kieselsauren Tonerdepräparate: Kaolin, weißer und roter Bolus.

Digitized by Google

Die wasseranziehende Kraft dieser Pulver ist verhältnismäßig gering, um so bedeutender aber ihr Vermögen, außer dem Wasser Fette aufzusaugen, und sie sind deshalb überall dort unentbehrlich, wo wir es mit einem Überschuß an Hautfett zu tun haben, wie bei den intertriginösen Ekzemen und Seborrhöen. Bei sehr fettiger Haut ist die Wasserentziehung durch Kieselgur und Magnesiumkarbonat gehindert, die durch Kaolin nicht.

Seit langem sind die Tonerdesilikate sodann empirisch als beste Vehikel für starke, zur Erweichung tiefliegender Entzündungsherde dienende Glyzerinpasten erkannt. Auch diese Tatsache erklärt sich daraus, daß die volle Wirkung der Erweichung durch Glyzerin eine gleichzeitige Entfettung der Hautoberfläche zur Voraussetzung hat. Kaolin ist deshalb das geeignetste poröse Material für erweichende Pasten, um den Kontakt des fettigen Hautsekretes (Wasser + Ölsäure) mit größeren Mengen Glyzerin zu vermitteln.

Von allen Tonerdesilikaten ist aber eigentlich nur Kaolin zur Pastenbereitung zu empfehlen, da es einerseits das reinste Präparat ist, andererseits das am meisten Wasser und Fett aufsaugende und obendrein noch das billigste.

Formeln für erweichende, glyzerinhaltige Kaolinpasten.

Kaolin	60	Kaolin	50
Glyzerin	30	Glyzerin	30
Ichthyol	10	Essig	20
M. bei Furunkeln usw.		M. bei Akne punctata.	

Zu Pudern eignen sich die Bolusarten besonders gut. Sie fühlen sich trocken, aber dabei — im Gegensatz zu Kieselgur — weich an und haften sehr leicht an der Haut. Sodann vermehren sie wegen ihrer fettanziehenden Eigenschaft die Verdunstung der Hautoberfläche und erzeugen daher bei der Einpuderung ein Gefühl von Kühlung. Außer dem Kaolin kann man zu Pudern wegen ihrer hautähnlichen Färbungen auch den weißen (gelblichen) und roten Bolus benutzen.

Formel für einen hautfarbenen Puder (Pulvis cuticolor).

Magnes. carbon.	20
Zinci oxydati	25
Boli albae	12,5
Boli rub.	2,5
Talci	40
M.	

In dieser Formel ist die Weizenstärke der früheren Formel für Pulvis cuticolor durch Talkum ersetzt, welches weder Wasser noch Fett in er-

Digitized by Google

heblicher Menge ansaugt, weder stärker eintrocknende noch entzündungswidrige Eigenschaften besitzt und daher für die Pastenbehandlung wenig geeignet ist. Aber für Puder paßt es um so besser. Es haftet sehr gut an der Haut und ist das weichste von allen mineralischen Pulvern, das bereits trocken — die Bolusarten tun das erst nach Anfeuchtung mit Wasser, Kreide und Kieselgur gar nicht — sich durch Druck wie ein Fett verstreichen läßt. Da wir zu dermatologischen Zwecken den Pudern gern Medikamente von harter Konsistenz, wie Zinkoxyd, Schwefel, Wismutsalze zusetzen, so ist das überaus weiche Talkum für Puder das gegebene, zugleich als Korrigens dienende Vehikel. Es ist daher gegen den Vorschlag von Halle, für Puder Talkum als Mehlersatz allgemein einzuführen oder wenigstens zu empfehlen, gewiß nichts einzuwenden. Allerdings wird der Dermatologe sich vorbehalten, unter besonderen Umständen das Stärkemehl auch durch Kaolin (bei fettiger) oder durch Magnesia carbonica (bei nässender Haut) zu ersetzen.

Alles zusammengenommen, können wir für eine rationelle Pasten- und Puderbehandlung das Stärkemehl sehr gut entbehren, nicht aber: Kieselgur, Kalzium- und Magnesiumkarbonat, Kaolin und Talkum.

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 3 Abbildungen.)

4. Das Ekzem (die nässende Flechte, auch Salzfluß genannt).

Unter Ekzem versteht man oberflächliche Hauterkrankungen, die mit den katarrhalischen Affektionen der Schleimhäute verglichen werden können. Schindelka definiert das Ekzem „als einen Sammelbegriff für eine Reihe von Hautkrankheiten, welche alle das gemein haben, daß sie eine den Katarrhen der Schleimhäute analoge Entzündung der oberflächlichsten Schichten der Haut darstellen". Je nachdem das Ekzem schneller oder langsamer verläuft, unterscheidet man zwischen einem akuten und einem chronischen Ekzem. Kommt es zur Rötung, Schwellung und zum Nässen der Haut, so spricht man von einem nässenden Ekzem. Bilden sich Knötchen, Bläschen und Pusteln, so hat man es mit einem knötchenförmigen, bläschenförmigen oder pustulösen Ekzem zu tun. Schilfert die Haut nur ab, ohne zu nässen und ohne bei der makroskopischen Untersuchung irgend welche Veränderungen zu ergeben, so spricht man von einem schuppenden Ekzem. Schindelka unterscheidet fünf Grundformen

Digitized by Google

des Ekzems: 1. Ekzema papulosum, 2. Ekzema vesiculosum, 3. Ekzema madidans (rubrum), 4. Ekzema impetiginosum (crustosum), 5. Ekzema squamosum. Als besonders charakteristische Ekzemform hebt er unter anderen auch den sogenannten Ruß der Ferkel hervor, dessen histologisches Bild ich ebenfalls beschrieben habe.

Die Ätiologie der Ekzeme ist noch ein sehr umstrittener Punkt. Die einen Autoren machen von außen an die Haut herantretende Schädlichkeiten, andere im Innern des Körpers liegende Ursachen für die Entstehung des Ekzems verantwortlich. Die von außen auf die Haut wirkenden Ursachen können chemischer, mechanischer oder thermischer Natur sein, entweder einzeln oder gemeinsam wirken. Sie genügen alleine oder zusammengenommen nicht, ein typisches Ekzem hervorzurufen; es bedarf immer einer zu ekzematösen Erkrankungen neigenden Haut. Unna, der Hauptvertreter der parasitären Natur der Ekzeme, stützt seine Aussagen nicht nur auf bloße zufällige Beobachtungen auf der Menschen- und Tierhaut, sondern auf exakte experimentelle Übertragungsversuche. Nach Unna ist das Ekzem: „eine chronische, diffuse, juckende, parasitäre Oberhauterkrankung mit Neigung zu Schuppen (Parakeratose), Nässen (Spongiose), Epithelwucherung (Akanthose) und abnormer Fettabsonderung (Parasteatose). Schindelka ist der Meinung, daß die vom Körperinnern wirkenden Schädlichkeiten, die häufig in Verdauungsbeschwerden bestehen, als ursächliches Moment angesehen werden müssen. Es soll sich nach der Meinung von Schindelka um Autointoxikationen vom Darm aus handeln. In manchen Fällen soll die Futteraufnahme, wie Buchweizen, Kartoffelschlempe, Weintrauben usw. für die Entstehung der Ekzeme verantwortlich gemacht werden. Bei Hunden konnte Schindelka ein Zusammentreffen von Darmaffektionen und Nierenleiden mit Ekzem beobachten. „Wahrscheinlich, sagt Schindelka, sind die Toxine des Darmes, welche in diesen Fällen einerseits das Hautleiden veranlassen, andererseits auch die Nierenreizungen und die Nephritis bewirken, als die Ursache anzusehen.“ Nach Heller scheint das Ekzem nur eine den Haustieren eigentümliche Erkrankung zu sein. Ihm sind keine Fälle bekannt, weder aus den Berichten von zoologischen Gärten, noch aus solchen über Jagdtiere, daß absolut sicher diagnostizierte Ekzeme bei diesen Tieren angetroffen wurden. Ob die Domestikation als ätiologischer Faktor eine Rolle spielt, oder ob das nahe Zusammenleben mit dem Menschen begünstigend wirkt, vermögen wir nicht zu unterscheiden. Das mir vorliegende Material war nicht geeignet, um die ätiologische Seite des Hundeekzems zu erforschen; ich werde aber bei der Betrachtung der histologischen Bilder die ätiologischen Momente, welche mir begegnet sind, hervorheben.

Digitized by Google

Krankengeschichten und mikroskopischer Befund.

Fall 1. Die Präparate stammen von einem braunweißen Bernhardiner. Nach Angaben des Besitzers leidet das Tier seit zwei Jahren an einem universellen Ekzem des ganzen Körpers, welches zuerst in Form von kleinen gelblichen Schuppen, die zwischen den Haaren des Rückens auftraten und sich bemerkbar machten. Bald darauf fielen an einigen Hautbezirken handtellergroße, nässende Stellen auf, die sich allmählich zurückbildeten und an deren Stelle sich die noch heute deutlich von allen Haaren entblößten Hautpartien befinden.

Präparat 1a, welches ich zuerst beschreiben werde, ist von einem Hautstück angefertigt, bei dessen makroskopischer Betrachtung sich zwischen den Haaren stecknadelkopfgroße rötliche Punkte erkennen lassen.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht zeigt keine pathologischen Veränderungen. Die Stachelschicht verhält sich verschieden. Während sie an einigen Stellen normale Breite aufweist, finden sich an anderen Stellen gegen die Kutis vordringende Verdickungen mit Mitosen innerhalb der Keimschicht; mithin das Bild der reinen Akanthose. Auch die Haarbälge sind nahe der Oberfläche in ihrem obersten Teil durch Wucherung der Epithelien verdickt. Die Akanthose setzt sich auf die Ausführungsgänge der Haarbälge fort. Die subepithelialen Blutgefäße sind sehr deutlich daran zu erkennen, daß das Gefäßlumen nicht zusammengefallen, sondern weit ist, und einige derselben mit Blut gefüllt sind. Diese Stellen entsprechen den bei makroskopischer Betrachtung gemachten Beobachtungen der stecknadelkopfgroßen rötlichen Punkte. Die zellige Infiltration der Kutis ist sehr gering. Die spärlichen Infiltrate setzen sich aus wenigen Plasma- als Mastzellen zusammen und erhalten nie eine bedeutende Größe. In der Tiefe der Haut finden sich kleine Plasmazellenherde, aber reichlich zerstreut Mastzellen.

Präparat 1b entstammt von einem Hautstück, bei welchem es zu einer starken Schuppenbildung gekommen war. Die sich fett anfühlenden, gelblichen Schuppen ließen sich leicht von der Unterlage abheben. Diese Veränderungen fanden sich hauptsächlich an der Schwanzwurzel und auf der Bauchhaut des Tieres.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht zeigt mikroskopisch ein verschiedenes Verhalten. An einigen Stellen ist sie vollkommen normal; an einzelnen Stellen ist es zu Parakeratosenbildung, an wieder anderen Stellen zu Krustenbildung gekommen. Die Krusten bestehen aus Hornlamellen, zwischen welche ein Fibrinnetz und nur wenige Leukozyten eingelagert sind. Die Stachelschicht ist verbreitert und weist gewucherte Leisten auf. Sie zeigt an ihrem unteren Rande Mitosenbildung. Diese allgemeine Akanthose der Oberhaut erstreckt sich auf die Ausführungsgänge der Haarbälge. An einer Stelle im Präparat ist es zu einer spongoiden Umwandlung gekommen. Man bemerkt zwischen den Zellen bläschenförmige Erweiterungen der Lymphspalten, die sich von der Mitte

Digitized by Google

der Stachelschicht bis zur parakeratotisch veränderten Hornschicht erstrecken. Diese bildet sich ohne Dazwischenkunft einer Körnerschicht, ist also parakeratotisch verändert und in eine Schuppe verwandelt. Wir haben somit in diesem Präparat alle drei Faktoren nebeneinander, welche das Ekzem des Menschen charakterisieren. Subepithelial finden sich sehr viele Mastzellen; diese begleiten die gewucherte Stachelschicht und sind um die Gefäße gelagert.

Präparat 1c. Die Präparate stammen von einer handtellergroßen Stelle zwischen der Schwanzwurzel und dem Rücken. Die Haare waren an dieser Stelle nur noch ganz vereinzelt vorhanden. Die Haut zeigte eine dunklere Verfärbung als die normale Umgebung; es bestand leichte Schuppenbildung, doch kein Nässen.

Mikroskopischer Befund. Die Hornschicht hat wieder ihre normale Beschaffenheit angenommen, insofern an einzelnen Stellen das Deckepithel seine normale Dünne wiedergewonnen hat. Die Akanthose zeigt im ganzen Präparat einen unregelmäßigen Rückgang. Die Verbreiterung der Haarbälge an ihrem oberen Rande hat sich nicht nur vollkommen zurückgebildet, sondern die ganzen Haarbälge haben eine Atrophie erlitten, wobei viele Haare verloren gegangen sind. Die Atrophie besteht in einer bedeutenden Verkleinerung der Haarbälge und Verringerung ihrer Anzahl. Dieser mikroskopisch erhobene Befund deckt sich vollkommen mit dem klinischen Bilde, bei welchem der Haarwuchs an diesen Stellen eine sehr starke Reduktion erfahren hatte.

Zusammenfassend läßt sich über das chronische Ekzem von Fall 1a, b und c sagen, daß dessen histologisches Bild in den drei wesentlichsten Punkten, der Parakeratose, Akanthose und der Spongiose, mit dem chronischen Ekzem des Menschen übereinstimmt.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Ein seltener Parasit der Harnblase des Weibes, von A. Bauereisen. (Zschr. f. gyn. Urol., 1913, Nr. 5.) B. konnte in der weiblichen Harnblase Ascaris lumbricoides feststellen. Es handelte sich um eine 57jährige Frau, die seit einem Jahre sich nicht ganz wohl fühlte, zeitweise Schmerzen in der linken Seite hatte, die in den letzten Monaten stark zunahmen. Drei Wochen vor Aufnahme in die Kieler Frauenklinik bemerkte sie eine Geschwulst in der linken Seite, die die Haut mehr und mehr vorwölbte, bis es schließlich zum Durchbruch von Eiter kam. Es bestand Fieber. Bei der Aufnahme der Patientin stellte man ein mächtiges parazystisches Exsudat fest, das sich bis zur linken seitlichen Beckenwand ausgedehnt hatte und spontan oberhalb des Lig. Pouparti durchgebrochen war. B. nahm, obgleich die Patientin über keine Blasenbeschwerden geklagt hatte, die Zystoskopie vor, die folgendes ergab: Kollum und Trigonum stark gerötet, leicht ödematös. Die Schleimhaut der vorderen Blasenwand stark

Digitized by Google

injiziert. Im Übergang von der hinteren Blasenwand zum Vertex eine kraterförmige Grube, in deren Tiefe eine dunkle Stelle einer Perforationsöffnung ähnlich sieht. Die Umgebung ist von bullösem Ödem eingenommen. In der Flüssigkeit der Blase tauchte von Zeit zu Zeit ein sich lebhaft bewegender Wurm auf, der mit der Blasenfaßzange extrahiert wurde. Der Tumor wurde dann als ein eitriges Infiltrat aufgefaßt, das durch askaridogene Perforation des Darmes und der Blase langsam entstanden war. Trotz sorgfältiger Untersuchung ließ sich keine offene Verbindung des Darmes mit der Blase oder der Abszeßhöhle feststellen. Daher wurde nur die Fistel erweitert und eine Gegeninzision an der Crista ilei angelegt. Obwohl Eiter reichlich abfloß und der Tumor sich verkleinerte, entwickelte sich ein pyämisches Krankheitsbild und Patientin kam zum Exitus. Die Autopsie ergab eine abnorme Verbindung zwischen einer mit der Harnblasenwand strangförmig verwachsenen Dünndarmschlinge und der Harnblase. Durch den engen Gang zwischen Blase und Dünndarm gelangten die Darmkeime beständig in die Blase und die nächste Umgebung und unterhielten hier eine schleichende Pelveoperitonitis, Parazystitis, Parametritis und eine Thrombophlebitis, von der aus sich dann pyämische Herde in verschiedenen Organen des Körpers lokalisierten.

E. Brinitzer-Altona.

Entfernung einer russischen Maschinengewehrkugel aus der Blase durch die Urethra, von Zondek. (B. kl. W., 1914. Nr. 49.) Eine Kasuistik, deren sachlicher Inhalt bereits durch die Überschrift gegeben ist. Das Geschoß (natürlich keine „Kugel"!) lag in einer divertikelartigen Ausbuchtung der Blase und wurde durch Druck des ins Rektum eingeführten Fingers in Bewegung gebracht und gedreht, so daß die Spitze nach der Harnröhrenöffnung gerichtet war. Zum Ergreifen und Herausziehen des Fremdkörpers wurde benutzt ein eigens zu diesem Zweck angefertigtes Instrument, das mit Zystoskop armiert war und mit einem Schnabel, dessen beide Löffel genau der Form und Größe eines russischen Maschinengewehrgeschosses angepaßt waren, so daß, sobald das Geschoß gefaßt ist und die beiden Löffel dann ein wenig auseinandergebracht werden, das Geschoß in den Schnabel hineingleitet. E. Klemm-Leipzig.

1. Über Steinanurie.

2. Bemerkungen über Prostatahypertrophie, von Prätorius-Hannover. (Ärztl. Korr. Bl. Niedersachsen, 1914, Nr. 3.) Anurie ist vielleicht zum Teil durch die Annahme einer inneren Sekretion der Niere erklärlich, die bei Nephritis schon lange vor Eintritt derselben geschädigt ist. Bei Steinkranken sollten in angemessenen Zwischenräumen Funktionsprüfungen der Nieren vorgenommen werden, damit bei einer etwaigen Anurie keine Zweifel bestehen können, welche Niere zu inzidieren sei. Die Prostatahypertrophie geht nach neuerer Anschauung meist von einer zwischen Samenhügel und Sphincter internus dicht unter der Schleimhaut gelegenen Gruppe urethraler Drüsen, dem sogenannten Zentralkern der Prostata, aus; durch dieses Adenom wird die eigentliche Prostata atrophisch. Wahrscheinlich steht die Entartung mit der inneren Sekretion der Hoden in Verbindung, Hormonen, von denen auch die Entwicklung abhängig ist. Indikationen zur Operation sind nur: starke Schmerzen, schwieriger Katheterismus, Blutungen, häufige Zystitiden, besonders mit Steinbildung, ev. soziale Momente. Niemals darf eine akute Retention Anlaß zur Operation sein, weil oft noch nach langem Warten spontane Urinentleerung eintritt. Schließlich redet der Vortragende der Behandlung der Prostatahypertrophie im Frühstadium vermittels Röntgenstrahlen das Wort.

Über einen Fall von spontaner Blasensteinzertrümmerung, von R. Schaller. (Diss. Straßburg, 1913.) 67jähr. Mann, seit zehn Jahren mit Blasensteinen behaftet. Ließ sich nicht operieren. Urin trüb, eitrig, Sectio alta. 25 einzelne Steine und Steinfragmente. Ein einziger Stein intakt; Größe einer Nuß. Aus den Fragmenten lassen

Digitized by Google

sich fünf weitere Konkremente zusammensetzen. Vier von diesen haben ebenfalls Nußgröße und sind abgeflacht. Ein Stein ist haselnußgroß. Fünf Steine bieten das Bild der vollständigen Trennung des Zusammenhangs. Drei Steine sind in zwei Stücke, je ein Stein in vier resp. sechs Stücke zerfallen. Die Erscheinung der spontanen Steinzertrümmerung wird hauptsächlich bei alten Männern gefunden. Meist handelt es sich um Zerfall von multiplen Blasensteinen. Verfasser bespricht kritisch die zur Erklärung der Spontanzertrümmerung aufgestellten Theorien: mechanische, chemische, chemisch-mechanische. In beschriebenem Falle handelt es sich bei dem großen Stein um eine typische Form der Hellerschen zentralen Zerklüftung. Keine der bis jetzt aufgestellten Theorien löst die Frage endgültig. F. Loeb-München.

Meine sechs letzten Fälle von hypogastrischem Schnitt bei Blasensteinen, von Carlos Negrete. (Rev. Ibero-Amer., April 1914.) An der Hand von sechs Fällen Besprechung von Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Blasensteine. R. Frühwald-Leipzig.

Neubildungen der Blase; klinische Berichte über drei Fälle von Behandlung mit dem Oudinschen Hochfrequenzstrome, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York m. J., 7. Februar 1914.) P. berichtet über einen Fall von primärem papillärem Adenokarzinom der Blase, der, einen 50jährigen Russen betreffend, zuerst für ein gutartiges Papillom gehalten und dessen Diagnose erst nach der Operation und histologischen Untersuchung richtiggestellt werden konnte, und zwei Fälle von gutartigen Papillomen, 40- resp. 47jährige Patienten betreffend, bei welchen die Behandlung mit dem Oudinschen Hochfrequenzstrome völlige Heilung brachte. Ohne auf die Einzelheiten der Fälle, der Operationstechnik (Zahl der Sitzungen) und die vor und nach der Behandlung dargestellten zystoskopischen Bilder einzugehen, sei nur der sehr beherzigenswerten Mahnung des Verfassers gedacht, jeden Patienten, der Blut oder Eiter im Urin zeige, wenn auch nur mikroskopisch sichtbar, zystoskopisch auf das sorgfältigste zu untersuchen, da die Behandlung um so geeigneter sein kann, je früher die Blut- oder Eiterquelle erkannt sei. M. Stern-München.

Über Harnblasengeschwülste mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von zystischem Polyp bei einem Neugeborenen, von S. Hilsmann. (Diss. Berlin 1913.) Ein etwa erbsengroßer zystischer, fluktuierender, mit seröser Flüssigkeit gefüllter, fast durchscheinender Tumor mit glatter, spiegelnder Oberfläche hängt mittels eines 4—5 mm langen Schleimhautstieles von der vorderen Blasenwand in die Blase. Annahme kongenitaler Entstehung durch abnorme embryonale Abschnürungen. F. Loeb-München.

Tumoren der Blase, von Jocelyn Swan. (Lanc., 9. Mai 1914.) Klinische Vorlesung mit Verwertung eigener, an 58 Fällen gewonnener Erfahrungen, die sich in der Hauptsache auf Papillome und Karzinome beschränkt, und andere Geschwülste als extreme Seltenheiten nur eben erwähnt. Die Ausführungen über Behandlung beschränken sich auf die nach suprapubischer Eröffnung der Blase vorzunehmende radikale Entfernung und berücksichtigen nicht die in den letzten Jahren empfohlenen Verfahren (Diathermie, Hochfrequenzfunken usw.). W. Lehmann-Stettin.

Der gegenwärtige Stand der Diagnose und Therapie der Blasentumoren, von Hugh Hampton Young-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 22. November 1913.) Die Arbeit umfaßt 117 Fälle von Blasentumoren bei Patienten im Alter von 25—80 Jahren. Bei 21 oder 17% der Fälle handelte es sich um gutartige Papillome; 83% waren bösartiger Natur (96 Karzinome, 1 Sarkom). Die relative Seltenheit der gutartigen Blasenpapillome ist auffallend, ebenso die Erfahrung, daß diese Papillome, wenn sie durch Operation nicht radikal geheilt werden, sich schließlich fast immer zu bösartigen Tu-

Digitized by Google

moren entwickeln. Verfasser hat ferner die Beobachtung gemacht, daß Blasentumoren nur in seltenen Fällen von Tumoren der Prostata oder der Samenblasen ihren Ursprung nehmen. Folgende Behandlungsmethoden wurden ausgeführt: 47mal die suprapubische Exzision, 19mal die Fulguration, 22mal die suprapubische Dränage, 5mal die suprapubische Teilexzision nach Zerstörung der Basis durch Kauterisation oder Fulguration, 28mal unterblieb jede operative Behandlung. Ein Rückblick auf diese 117 Fälle von Blasentumoren zeigt, daß die bloße Exzision völlig unzulänglich ist und in gutartigen und bösartigen Fällen prompt von Rezidiven gefolgt wird. Die Kauterisation, in Verbindung mit Exzision nach suprapubischer oder intraperitonealer Freilegung, ist ein ganz besonders schätzenswertes therapeutisches Verfahren, das selbst in einigen anscheinend hoffnungslosen Fällen noch vorzügliche Erfolge erzielte. Bei gutartigen Tumoren scheint der Hochfrequenzstrom befriedigend zu wirken, aber er muß kräftig angewandt werden. Der Therapie soll die mikroskopische Untersuchung vorangehen.

H. Fendt-Wiesbaden.

Die Koagulationsbehandlung der Blasengeschwülste, von Hans Rubritius. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 51.) Zwei Fälle werden mitgeteilt: eine blaßrote, zottenförmige, etwa kleinwallnußgroße Geschwulst knapp hinter der linken Uretermündung, welche der Blasenwand aufsaß, bei einer 59jährigen Frau. Das Papillom konnte in vier Sitzungen vollständig entfernt werden. Der zweite Fall betraf einen 45 Jahre alten Mann, etwa 1 cm von der rechten Uretermündung entfernt war ein kleines, etwa bohnengroßes Papillom vorhanden, welches ambulatorisch in zwei Sitzungen vollständig zum Verschwinden gebracht wurde. Indiziert ist die Methode erstens bei allen gutartigen Papillomen. Bei unklarer Diagnose kann zunächst ein Stück von dem Tumor zur mikroskopischen Untersuchung abgetragen werden. Zweitens ist die Methode am Platze bei allen bösartigen Rezidiven in der Absicht, dem Kranken durch Entfernung des rezidivierten Tumors Linderung seiner Beschwerden zu schaffen; palliativ ferner bei solchen malignen Tumoren, deren radikale Entfernung technisch unmöglich ist, und endlich zur Blutstillung bei wiederholten schweren Blasenblutungen infolge von Blasenkrebs.

G. Heymann-Elbing.

Über die operative Behandlung der Blasentumoren, von Otto Hildebrand-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1914, Bd. 105, H. 4.) Die Beseitigung des primären Tumors muß nicht nur nach der Breite, sondern auch der Tiefe nach geschehen. Bei den bösartigen Tumoren, wie Karzinom, muß die Blasenwand der ganzen Dicke nach mit dem Tumor weggenommen werden, um alle Karzinomkeime zu entfernen. Man ist von der einfachen Exstirpation des Tumors aus der Blasenwand von der Sectio alta aus übergegangen zur Resektion des Tumors mit einem mehr oder weniger großen Stück Blasenwand durch die ganze Dicke hindurch, und in einer kleinen Anzahl von Fällen zur Exstirpation der ganzen Blase. Bei den benignen Tumoren der Papillome ist die intravesikale Methode der Entfernung der Papillome die ungefährlichere, die Sicherheit der definitiven Beseitigung des Tumors ist bei der Sectio alta größer.

W. Chrzelitzer-Posen.

Moderne Behandlung der Blasentumoren, von Salvador Pascual. (Rev. clin. Madrid, 1913, Nr. 23.) Der Verfasser behandelt hauptsächlich die Frage der Hochfrequenzbehandlung der Blasentumoren an der Hand der einschlägigen Literatur.

A. Gunsett-Straßburg.

Behandlung der Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen, von Renner. (B. kl. W., 1914, Nr. 37.) Verfasser empfiehlt nach seinen Erfahrungen an sechs Fällen diese Behandlung als einen Fortschritt. Die Vorzüge dieser Methode liegen in ihrer technischen Einfachheit (sie ist nicht schwerer als ein Ureterkatheterismus), der

Digitized by Google

Möglichkeit, die Zahl der Sitzungen zu verringern, und der Zugänglichkeit der meisten für die Schlinge nicht erreichbaren Stellen der Blase. Benutzt wurde der übliche Diathermieapparat. E. Klemm-Leipzig.

Drei mit Diathermie behandelte Fälle von malignem Gewächs des Blasengrundes, von C. E. Iredell und R. Thompson-London. (Lanc., 20. Juni 1914.) Bei zwei von den Patienten wurde erst die Sectio alta ausgeführt und der Tumor möglichst ausgiebig abgetragen; dabei zeigte es sich, daß zur vollständigen Beseitigung des Gewächses ein bedenklich weitgreifendes Operieren nötig sein würde. Man stillte deshalb nur die Blutung und nahm nach einigen Tagen die Diathermie vor, die sehr befriedigende Resultate lieferte. Bei dem dritten Patienten, der eine Operation verweigert hatte, wurde das elektrische Verfahren mehr als Palliativmittel, aber auch mit guter Wirkung angewandt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die intravesikale Verwendung von Radium bei Karzinom, von F. J. Schoenberger und S. W. Schapira. (J. Am. m. Assoc., 21. November 1914.) Daß die direkte Applikation von Radium bei Blasenkarzinom günstig zu wirken imstande ist, haben Verfasser bei zwei Fällen erprobt. Nach Ausführung des hohen Blasenschnitts wurde eine Tube mit 15 mg Radium in die Blase eingeführt und zwölf Stunden lang in direkter Berührung mit dem Tumor fixiert gehalten. Der Verschluß der Blasenwunde ging in normaler Weise vonstatten, und die spätere zystoskopische Untersuchung ergab völliges Verschwundensein der Neoplasmen. Eine eigentümliche Erscheinung bildeten Attacken von hoher Temperatursteigerung, die 48 Stunden nach der Operation zuerst einsetzten und sich einige Male wiederholten. Verfasser deuten dieselben als Resorptionsfieber infolge des starken Zerfalls der Tumorzellen. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Instrument zur direkten Applikation von Radium auf Neubildungen der Blase, von Winfield Ayres-New York. (New York m. J., 18. Juli 1914.) In Fällen von inoperablen Neubildungen der Blase ist es immerhin wünschenswert, Radium anzuwenden, und Ayres dünkt es zu diesem Zwecke besser, mittels Zystoskops das Radium in direkte Berührung auf ca. 1 Stunde (dreimal wöchentlich) zu bringen, als es auf gut Glück vermittels einer Sonde oder nach oberem Blasenschnitt 24 Stunden darin zu belassen. Der Radiumbehälter besteht aus einer Goldkapsel (zum Schutze vor den Sekundärstrahlen); diese ist mit einer langen Silberschnur, welche durch einen dünnen Katheter (Nr. 11) führt, befestigt und am proximalen Ende mit einer Gummikappe bedeckt, um das Auslaufen der Flüssigkeit aus der Blase zu verhüten. Dieser Radiumkatheter wird durch das speziell von A. konstruierte Zystoskop wie ein Ureterenkatheter eingeführt und der Goldbehälter direkt auf den Tumor gebracht. Eine halbe Stunde vor Einführung des Zystoskops werden 60 g einer 1%igen Alypinlösung in die Blase injiziert und während der Behandlungsdauer eine 1—4%ige Lösung desselben Mittels in der Blase bei mittlerem Füllungszustande belassen. M. Stern-München.

Exclusio vesicae bei schwerer Blasentuberkulose, von Einar Key. (Nord. med. Arkiv, 1913, Abtg. 1, H. 3, Nr. 7.) Verfasser kommt auf Grund seiner Erfahrungen an zwei mittels Ureterostomie behandelten Fällen und einer Zusammenstellung von weiteren neun entsprechenden Fällen und der Literatur zu folgender Zusammenfassung: 1. Bei schwerer Blasentuberkulose (Verfasser versteht unter letzterer diejenigen Fälle, in denen der Patient an unablässigem, schmerzhaftem Harndrang leidet, der ihm jede Ruhe raubt, ihm das Dasein unerträglich macht und wo durch die gewöhnlichen Behandlungsmethoden keine dauernde Besserung oder Linderung zu erzielen ist) werden die schmerzhaften subjektiven Blasensymptome durch die Kontraktionen der Blase verursacht und diese werden durch den herabfließenden Harn ausgelöst. 2. Durch vollständiges Ableiten des Harns, Exclusio vesicae, können wir diese Symptome zum

Digitized by Google

Schwinden bringen. 3. Nach der bisher gewonnenen Erfahrung muß Ureterostomie bei nicht oder nur wenig verändertem Ureter und Nephrostomie bei hochgradig verändertem Ureter oder Pyonephrose ausgeführt werden. E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von maximaler narbiger Retraktion der Blase durch Tuberkulose, von Ch. Perrier. (Rev. Suisse rom., 1914, Nr. 1.) Die 32jährige Patientin litt seit drei Jahren an trübem Urin und vermehrter Miktion; in der letzten Zeit ist sie schließlich inkontinent geworden. Es gelang nicht, eine Sonde oder ein Zystoskop in die Blase einzuführen, weshalb eine Zystotomie vorgenommen wurde. Diese war aber sehr schwierig: die Blase war ganz klein, hinter der Symphyse versteckt, ihre Höhlung etwa fingerkuppengroß. Es wurde eine Dauersonde eingelegt; die allgemein-diätetische Behandlung hob die Körperkräfte der Patientin, doch gelang es nicht, eine größere Blasenkapazität zu erzielen. Es wurde nun versucht, durch Verschluß der Urethra allen Urin durch die Zystostomie zu leiten. Bemerkenswert ist, daß die Blasenveränderungen, die sich als tuberkulös erwiesen, kaum schmerzhaft sind. R. Frühwald-Leipzig.

Hämaturie durch Blasenvarizen, von Giulio Dialti. (Policlinico, 1914, Nr. 5 bis 6.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Blasenvarizen, die zu heftiger Hämaturie geführt hatten; der eine betraf einen Prostatiker, der andere eine Gravide. Dann bespricht er eingehend die idiopathischen Blasenvarizen, dann die bei Schwangerschaft und gynäkologischen Leiden vorkommenden, bei Prostatikern und bei lokalen und allgemeinen Erkrankungen. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

R. Frühwald-Leipzig.

Über das wahre laterale Blasendivertikel, von C. Ghezzi. (Morgagni, Juli 1914.) Der 28jährige Mann litt seit drei Jahren an heftigen zystischen Beschwerden (Pollaki- und Pyurie, Schmerzen), die sich zeitweise besserten und verschlimmerten. Die Zystoskopie ergab nichts; auch bei der explorativen Zystotomie fand sich nur die Blasenwand verdickt, die Schleimhaut mammelloniert. Durch Höllensteininstillationen wurden die Beschwerden gebessert, doch erfolgte bald wieder ein Rezidiv. Bei der neuerlichen Eröffnung der Blase fand sich nun nach rechts unten von der Uretermündung ein Divertikel, dessen Mündung durch die geschwollenen Schleimhautfalten verdeckt war. Der Kranke starb an Peritonitis. Verfasser weist auf die Schwierigkeit der Diagnose und auf die Aussichtslosigkeit der Therapie hin.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Heilung der angeborenen Harnblasen- und Harnröhrenspalte, von Dünkeloh. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 129.) D. kommt zu dem Ergebnis, daß die Operation nach Trendelenburg allen anderen Methoden überlegen ist. Da die bei einer Harnblasenspalte auseinanderstehenden Schambeinäste die direkte Vereinigung der Blasenränder zu sehr hindern, durchtrennt Trendelenburg in der ersten Operation die Synchondrosis sacroiliaca. Bei seitlichem Druck auf die Beckenschaufeln lassen sich dann die Schambeine zusammenbringen, und durch Einbettung in einen Lagerungsapparat wird diese Annäherung auch zu erhalten gesucht, bis das Becken wieder fest ist. In der zweiten Operation werden die Blasenränder angefrischt und vereinigt. Damit das Kind trocken liegen bleiben und die Wunde an der Synchondrose nicht mit Urin in Berührung kommen soll, wird der Urin jedesmal mit der Bunsenschen Wasserstrahlpumpe abgesaugt. Vollständige Kontinenz wurde nie erzielt. Der Grund für die Inkontinenz liegt nach Trendelenburg in der Schwierigkeit, eine absolut vollständige primäre Heilung der Blasenränder zu erzielen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Zystoskopie bei Blasenfisteln, von Paul v. Kubinyi. (Zschr. f. gyn. Urol., 1914, Bd. 5, Nr. 1.) Um sich eine klare anatomische und topographische Orientierung

Digitized by Google

über die Verhältnisse bei hochgelegenen Blasenfisteln zu verschaffen — die schnelle Entleerung der Flüssigkeit vereitelt sonst die Zystoskopie —, empfiehlt K. folgende Methode: bei Novokain-Adrenalin-Lokalanästhesie oder im Ätherrausch wird eine zirkuläre Tabaksbeutelnaht um das Scheidenrohr angelegt. Durch Knoten derselben entsteht eine temporäre Kolpokleisis. Man kann dann die Blase und Scheide durch die Urethra anfüllen und die Zystoskopie nachher in Steinschnittlage bequem ausführen.

E. Brinitzer-Altona.

Besserung von Blasennarben durch Fulguration, von Bolton Bangs-New York. (M. Record, 4. April 1914.) Nach suprapubischer Prostatektomie blieb bei einem 52jährigen Patienten eine Harnfistel über fünf Monate lang bestehen. Zu gleicher Zeit hielt auch das Gefühl eines Hindernisses beim Harnen an, als dessen Ursache zystoskopisch eine weiße quere Narbenfalte nachgewiesen wurde. Verfasser hat diese Narbe mit Fulguration behandelt, viermal in Zwischenräumen von je einer Woche, die das Hindernis bei der Miktion und zu gleicher Zeit den noch vorhandenen Harndrang beseitigte.

W. Lehmann-Stettin.

Über Harnblasenemphysem, von Nowicki-Lemberg. (Virch. Arch., Bd. 215, H. 1.) Das chronisch entstehende Gasbläschenemphysem der Gewebe ist beim Menschen eine sehr seltene Erscheinung; am häufigsten trifft man es in der Scheide, seltener im Darmkanal, und Verfasser veröffentlicht erst den fünften Fall von Gasbläschenemphysem der Harnblase. Verfasser gibt eine eingehende Beschreibung der mikroskopischen Untersuchung der Harnblasenwand und faßt die Ergebnisse dahin zusammen, daß die einzeln liegenden oder konfluierenden Harnbläschen in allen Schichten der Harnblasenwand gelegen sind, am zahlreichsten in der Mukosa und Submukosa, wo sie auch die größte Ausdehnung erreichen. Die Gasbläschen haben keine feste Zellenauskleidung, nur hier und da leistenartige Riefenzellen; im Lumen der Bläschen trifft man an der Peripherie gelegene Bakterien, nur selten Blut an. Außer den Gasbläschen sind glattwandige oder angerissene Spalten vorhanden, die oft unmittelbar mit den ersteren kommunizieren. Die Mukosa und Submukosa, weniger die tieferen Schichten, sind stark hyperämisch bzw. mit Blut infiltriert. Um die Gasbläschen, Spalten und kleinen Gefäße befinden sich kleinzellige Infiltrationen. Die Bildung der Gasbläschen, unabhängig von dem Organ, in dem sie entstehen, führen die Verfasser fast allgemein auf die Spalten bzw. feinen Lymphgefäße zurück, und die Herkunft des Gases wird ziemlich einstimmig auf Bakterien zurückgeführt. Was klinische Symptome anbetrifft, so scheint das Harnblasenemphysem keine bedeutenderen Störungen zu verursachen; einwandfreie Beobachtungen über den Urinbefund intra vitam sind bis jetzt nicht vorhanden.

Haller-Dresden.

Verschiedenes.

Im Deutschen Reiche standen im Jahre 1914 33 Leprakranke in Behandlung (28 in Preußen, 4 in Hamburg, 1 in Lübeck).

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

22. Mai 1915 | Nr. 21 | Band 60

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Über den Einfluß des Lichtes auf das Leukoderma psoriaticum.

Von

A. Buschke.

(Mit 1 Abbildung.)

In mehreren früheren Arbeiten[1]) habe ich die Frage erörtert, inwieweit bei Vitiligo und Leukoderma syphiliticum experimentell durch Belichtung mit der Quarzlampe in dem erkrankten Hautgebiet wieder Pigmentierung zu erzielen ist. Es hat sich damals zum erstenmal die interessante Tatsache ergeben, daß bei der Vitiligo, im Gegensatz zu der bisherigen Annahme, Pigmentbildung auf diesem Wege erzeugt werden kann. Bemerkenswert war hierbei, daß nach meinen Beobachtungen diese Pigmentbildung im wesentlichen von der Follikularregion ausging, vielfach hierauf beschränkt blieb, aber in anderen Fällen sich von hieraus allmählich diffus über das Vitiligogebiet ausbreitete und dasselbe mit normalem Hautpigment auch histologisch überzog. Leider ließ sich praktisch therapeutisch diese theoretisch interessante Entdeckung wenig verwerten, weil das Pigment allmählich — wenn auch oft erst nach Monaten — sich wieder zurückbildete.

Ich habe im Laufe der Jahre noch eine ganze Anzahl Fälle von Vitiligo in dieser Weise untersucht und festgestellt, daß zwar sehr viele, aber nicht alle in dieser Weise reagierten. Zuerst schien es mir, als wenn brünette Individuen besser reagierten als blonde, aber das traf nicht immer zu, auch das Umgekehrte fand statt. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß bei sehr langem Bestande von Vitiligo schließlich die pigmentophore Fähigkeit der Epidermiszelle ganz verloren geht. Es ist aber auch nicht ganz von der Hand zu weisen, daß es vielleicht genetisch verschiedene Vitiligoformen gibt — vielleicht peripherisch-

[1]) Buschke, Notiz zur Behandlung der Vitiligo mit Licht. M. Kl., 1907, Nr. 33. — Buschke und Mulzer, Weitere Beobachtungen über Lichtpigment. B. kl. W., 1907, Nr. 49. — Buschke und Eichhorn, Über den Einfluß des Lichts auf das Leukoderma syphiliticum und über Cutis marmorata pigmentosa. Derm. Zschr., 1911, S. 109ff.

Digitized by Google

toxische oder hämatogene oder neurogene — und daß die Krankheitsursache von Bedeutung ist für die Regenerationsfähigkeit des Pigments (vgl. auch bezüglich das Leukoderma syphiliticum). Erst durch sehr ausgedehnte Versuchsreihen wird es vielleicht möglich sein, in dieses Gebiet mehr Klarheit zu bringen. Ich habe mich bemüht, hier die experimentellen Ergebnisse mit den klinischen Beobachtungen — mit Nerven- und Bluterkrankungen in Beziehung zu bringen — aber bisher ohne deutliches Resultat [1]).

Meine damaligen Untersuchungen wurden von STEIN aus JADASSOHNS Klinik nachgeprüft und bestätigt. STEIN [2]) wies im Anschluß daran nach, daß auch andere — thermische [3]) — Irritamente eine analoge Pigmentierung vitiliginöser Haut bewirken könnten; er identifizierte dieses Reizpigment mit Melanin.

In einer späteren Arbeit habe ich diese Versuche auf das Leukoderma syphiliticum ausgedehnt. Es hat sich die bemerkenswerte Tatsache ergeben, daß das Leukoderma syphiliticum durch das stark aktinische Licht der Quarzlampe nicht zur Pigmentbildung angeregt werden kann, daß es nach dieser Richtung sich refraktär verhält. Analoge Versuche WINKLERS in Wien ergaben dasselbe Resultat.

Dieser interessante negative Befund ist gegenüber den positiven Ergebnissen bei der Vitiligo deshalb so auffallend, weil das Leukoderma syphiliticum eine — wenn auch nach langer Zeit — spontan heilende Affektion ist, während die Vitiligo nicht heilt. Man hätte demgemäß erwarten müssen, daß das Leukoderma syphiliticum auf die Quarzlampenbestrahlung gut mit Pigmentbildung reagiert, Vitiligo schlechter.

Ich habe mir diese merkwürdige Dissonanz damals in folgender Weise hypothetisch erklärt: das Leukoderma syphiliticum entsteht auf der Basis einer peripher-toxischen Schädigung der Epidermiszelle durch das Syphiliskontagium, das dürfen wir wohl ohne weiteres schon aus der Tatsache, daß es häufig aus einer lokalen Roseola hervorgeht, schließen [4]).

Hier ist also die Epithelzelle selbst so geschädigt, daß ihr Pigmentapparat auf das Quarzlicht nicht zu reagieren vermag. Bei der Vitiligo, bei der wahrscheinlich die Grundursache häufig im Nervensystem

[1]) Bei einem Fall schwerer Anämie mit Vitiligo versagte die Quarzlampenbelichtung. — [2]) ROBERT STEIN, Über experimentell erzeugtes Pigment in Vitiligo. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 97, S 163ff. — [3]) Erfrierung durch Kohlensäureschnee. — [4]) In einer späteren Arbeit, BUSCHKE und MICHAEL: B. kl. W., 1914, Nr. 51, Über die parenchymatös-toxischen Wirkungen des Syphiliskontagiums bei viszeraler Frühsyphilis und Taboparalyse, habe ich diese toxische Schädigung der Epithelzelle in Analogie gebracht mit der toxisch-parenchymatösen Hepatitis (akuter gelber Leberatrophie) und Nephritis im Frühstadium der Lues.

Digitized by Google

liegt, kann die Epithelzelle selbst intakt sein, es fehlt nur die vis a tergo in bezug auf die Pigmentbildung. Wird der Nerveneinfluß durch den Lichtreiz ersetzt, so antwortet die gesunde Epithelzelle mit Pigment, das allerdings nach Ausfall dieses Reizes wieder schwindet.

Gerade von dem Gesichtspunkte dieser Hypothese aus schien es mir von Interesse, zu sehen, wie das Leukoderma psoriaticum sich gegenüber dem Lichtreiz verhält. Diese Affektion wurde zuerst von Rille beschrieben. Bei der ungeheueren Verbreitung der Psoriasis ist das Leukoderma psoriaticum selten. Bei dem großen Material unserer Abteilung sehen wir es von Zeit zu Zeit und hatten gerade jüngst drei Fälle in Beobachtung, die zur Untersuchung der Pigmentfrage geeignet erschienen. Wir rubrizieren nur jene Fälle als Leukoderma psoriaticum, welche sich im Anschluß an Psoriasis ohne Behandlung entwickeln, resp. wo die Behandlung lange Zeit zurückliegt. Denn durch die Konsequenzen der Chrysarobinbehandlung können sonst leicht klinische Täuschungen entstehen.

Klinisch präsentieren sich die leukodermatischen Partien meist als isolierte, selten als aggregierte, distinkte, scharf abgegrenzte weiße, in Größe und Form Psoriasisplaques entsprechende Flecke, deren Rand — bei unseren Beobachtungen — nicht bzw. nicht deutlich stärker pigmentiert ist wie es bei dem Leukoderma syphiliticum der Fall zu sein pflegt. Bei den letzten beiden von uns beobachteten Fällen haben wir konstatiert, daß zwar eine große Anzahl Flecke rein weiß ist, daß aber bei anderen deutlich die nächste Umgebung der Follikel normal pigmentiert ist. Ähnliches kann man auch bei manchen Vitiligofällen sehen. Es spricht dies auch für meine früher bereits auf Grund experimenteller Lichtversuche geäußerte — von Stein übrigens nicht ganz anerkannte — Anschauung, daß die Follikelregion für die Pigmentregeneration dieser Depigmentierungskrankheiten eine besondere Rolle spielt, daß die Follikel (vielleicht auch andere Partien des Epithels, vgl. meine Arbeit mit Mulzer) Pigmentretinakula darstellen. Beim Leukoderma syphiliticum habe ich — makroskopisch wenigstens — dies nicht konstatieren können.

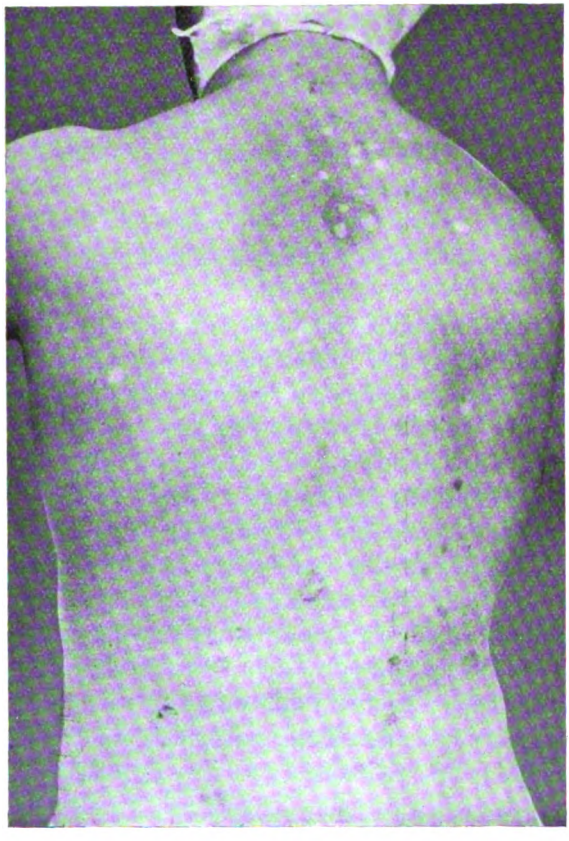
Im übrigen ist das Leukoderma psoriaticum vorwiegend auf den Rumpf lokalisiert und unterscheidet sich schon durch seine ganze Anordnung vom netzartig gruppierten Leukoderma psoriaticum. Es existieren mehrere Beobachtungen von Rille und eine von Ledermann in der Literatur, wo das Leukoderma psoriaticum klinisch wie das Leukoderma syphiliticum am Hals lokalisiert war.

Der Grund, warum bei einzelnen Menschen die Psoriasis nicht — wie meist — mit Hyperpigmentation, sondern mit Depigmentation abheilt, ist nicht zu erweisen. Unter meinen Beobachtungen fanden sich sowohl

Digitized by Google

blonde wie brünette Individuen. Das Leukoderma kann lange bestehen bleiben; ich sah einen Fall, in dem die Affektion nach der Angabe $1^1/_2$ Jahre bestand.

Da wir nun hier auch eine Dermatose vor uns haben, die schließlich spontan verschwindet, so erwarteten wir, daß die Quarzlampenbestrahlung hier die Pigmentbildung anregen würde wie bei der Vitiligo. Allein hierin täuschten wir uns. Die Versuche wurden ganz analog den früher beschriebenen bei Vitiligo und Leukoderma syphiliticum ausgeführt: 1—2 Minuten lang bei direkt aufgedrückter Quarzlampe, 3 Minuten lang in 10 cm Entfernung.



Außerdem benutzten wir für diese Versuche Thorium X-Salbe, worüber wir ausführlich an anderer Stelle berichten werden. Die Thorium X-Salbe wirkt besonders intensiv auf die Pigmentbildung in der Haut, was sogar bei ihrer therapeutischen Verwendung im Gesicht stört.

Mit beiden Methoden ist es uns niemals gelungen, Pigmentbildung im Leukodermafleck hervorzurufen. Die Abbildung demonstriert sehr deutlich, wie durch Thorium X-Salbe die Umgebung des Leukodermaflecks stark pigmentiert wurde, während der Fleck selbst unbeeinflußt blieb. Nach Abblassen der Dermatitis, welche durch Licht und Thorium erzeugt wurde, die intensiv gelegentlich sogar mit Blasenbildung einherging, scheint es öfter, als wenn auch der Leukodermafleck diffus etwas dunkler wäre als vorher, was wir auch beim Leukoderma syphiliticum beobachteten; allein diese Veränderung schwindet sehr schnell und das Leukoderma blieb unverändert. Auch an dem

Digitized by Google

Follikelpigmentring haben wir eine sichere, nennenswerte Verbreiterung nicht beobachtet.

Ob es nun berechtigt ist aus diesen negativen Beobachtungen von drei Fällen allgemeine Schlüsse zu ziehen, lasse ich dahin gestellt. Beim Leukoderma syphiliticum ließen sich diese negativen Befunde verwerten wegen der großen Zahl der Untersuchungen. Immerhin machen es diese Versuche wahrscheinlich, daß das Leukoderma psoriaticum, das klinisch ja sich wesentlich (Form, Follikelpigment) vom Leukoderma syphiliticum unterscheidet, biologisch diesem näher steht als der Vitiligo. Wenn wir nun diese Beobachtungen am Leukoderma psoriaticum vom Gesichtspunkt der obigen Hypothese betrachten, so würde hieraus resultieren, daß wir auch im Leukoderma psoriaticum eher eine peripherisch-toxische Affektion der Epidermiszelle zu sehen haben analog dem Leukoderma syphiliticum; das toxische Moment würde bei der Psoriasis vielleicht in einer Stoffwechselstörung zu suchen sein. Demgegenüber wird der Anschauung mancher Autoren, daß die Psoriasis neurogenen Ursprungs sei, durch diese Leukodermabeobachtungen gegenüber der Vitiligo eine wichtige Basis entzogen.

Allein dies nur hypothetisch. Ich wollte durch diese weitere Mitteilung anregen, daß auch andere Autoren die von mir angegebenen, bisher nur wenig nachgeprüften Versuche aufnehmen. Ich halte es doch für möglich, daß hierbei für Pigmentfragen und die Erklärung der in Betracht kommenden Dermatosen noch etwas zu gewinnen ist.

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

Louis Merian, Zürich.

(Mit 3 Abbildungen.)

(Schluß.)

4. Das Ekzem (die nässende Flechte, auch Salzfluß genannt).

Fall 2. Granulierendes Ekzem am Schienbein einer Dogge. Die Hautstücke entstammen einer Dogge, welche an einem granulierenden Ekzem der Schienbeine litt. Nähere Angaben sind über den Fall nicht bekannt.

Mikroskopischer Befund (vgl. Fig. 1). Die eine Seite des Präparats weist normale Verhältnisse auf; Horn- und Stachelschicht zeigen keine pathologischen Veränderungen. In den tiefen Lagen der Stachelschicht sieht man sehr große, dunkel gefärbte Pigmentzellen, welche im allgemeinen durch ihre rundliche, klumpige Form auffallen. Im Gegen-

Digitized by Google

satz zu den gewöhnlichen Pigmentzellen haben sie nur kurze, dicke Fortsätze und fließen nicht zu Netzen zusammen. Eine weitere Besonderheit ist ihre kohlschwarze Farbe, die jedem der diese Pigmentzellen zusammensetzenden, feinen Körnchen eigen ist. Diese umgeben den hell gefärbten Kern mit dunkeln Kernkörperchen meistens konzentrisch. Von der Oberhaut und den Haarbälgen ausgehend, ziehen sich Pigmentzellen durch die ganze Kutis, wobei sie am dichtesten die tiefliegenden Knäueldrüsen umgeben. Die Pigmentzellen der Kutis zeigen teilweise auch eine rundliche, klumpige Form, nehmen aber auch die Form der gewöhnlichen

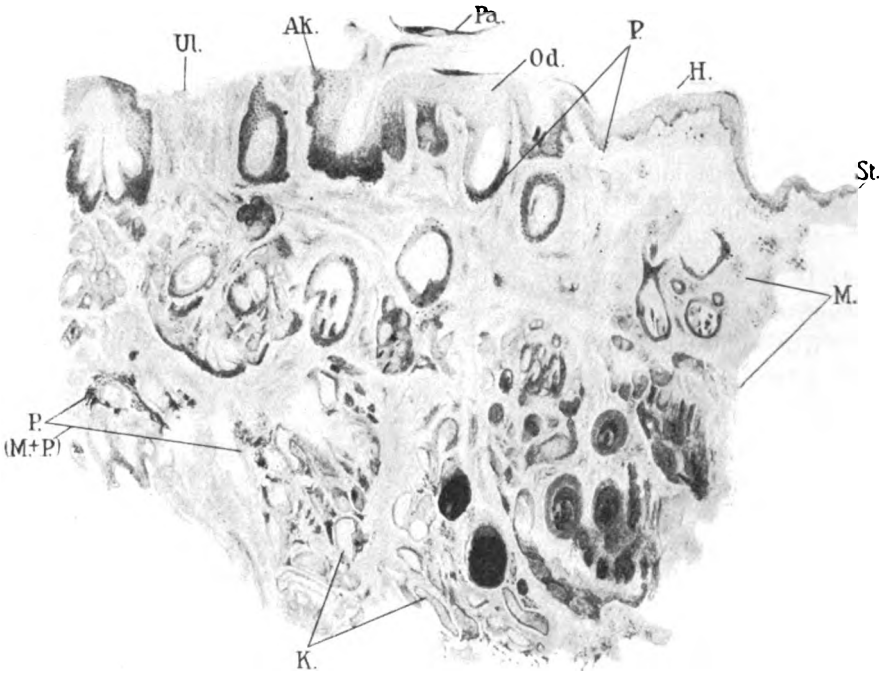


Fig. 1. Übersichtspräparat.
P. = Pigmentzellen, H. = normale Hornschicht, St. = Stachelschicht; K. = Knäueldrüsen, M. + P. = Übergänge von Mast- in Pigmentzellen, Pa. = Parakeratose, Od. = Ödem der Stachelschicht, Ak. = Akanthotisch gewucherte Stachelschicht, Ul. = Ulkus.

Spindelzellen oder bei starker Anhäufung die ganz unregelmäßiger Massen an. Es ist auffallend, daß sämtliche großen Pigmentherde reichlich Mastzellen aufweisen und daß diese Mastzellen durchweg die Form der am selben Ort befindlichen Pigmentzellen besitzen. Auch bei ihnen ist der Kern hell gefärbt mit dunkeln Kernkörperchen, auch ihre Form ist meistens kubisch und zeigt alle Übergänge zu Spindelzellen.

Die Mastzellen der Hundehaut zeigen bei der Pappenheim-Unnaschen Färbung die bekannten Bestandteile: einen mit dunkelorangeroten Körnchen metachromatisch dicht erfüllten Zelleib, einen hellen, fast un-

Digitized by Google

gefärbten Kern mit einem rot gefärbten Kernkörperchen. Bei polychromer Methylenblaufärbung weisen dieselben Mastzellen metachromatisch dunkelviolette Körnchen und ein dunkelblaues Kernkörperchen auf. Bei der von Unna lediglich zum Zweck der Mastzellen angegebenen Färbungsmethode, bei der das Methylenblau durch Alaun abgeschwächt ist und nur die Mastzellen im Bilde dunkler hervortreten, sind die Körnchen ebenfalls dunkelviolett, der Kern ist blau gefärbt.

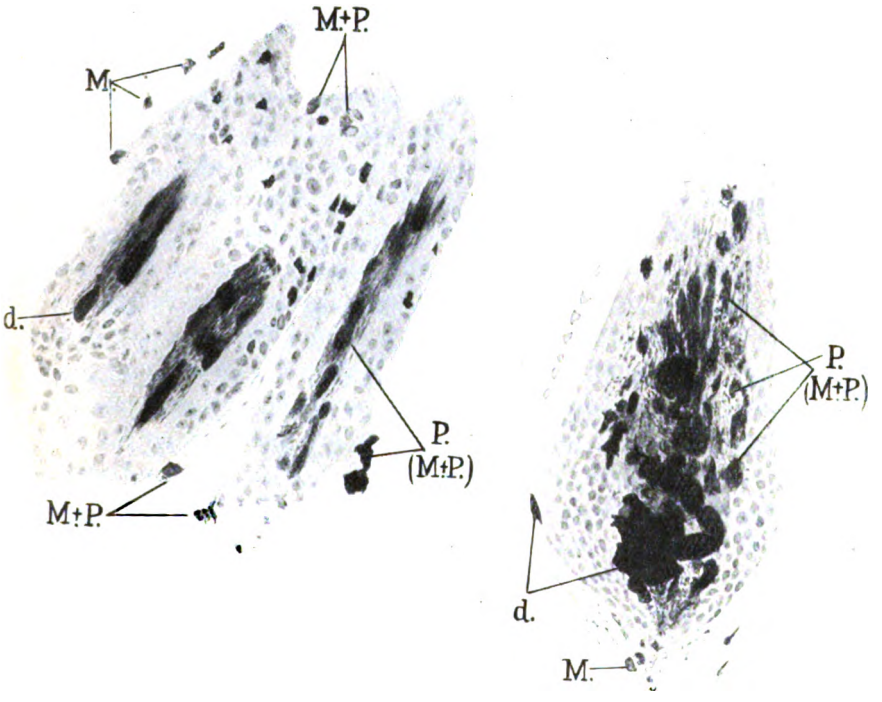


Fig. 2.
Starke Vergrößerung der Haarlängs- und Querschnitte in der Talgdrüsenregion. Links: Haarquerschnitte, die im Innern Übergänge von Mast- in Pigmentzellen aufweisen. Rechts: Haarpapille, die im Innern eine große Menge gut abgegrenzter, aus Mastzellen hervorgegangener Pigmentzellen enthält.

Die auf diese Weise besonders durch ihre Metachromasie charakterisierten Mastzellen haben wir nun wegen ihrer eigentümlichen Lagerung mit den Pigmentzellen näher zu vergleichen. Vor allem ist ihre Verbreitung in der Hundehaut ins Auge zu fassen. Gehen wir von der gesunden Seite der Haut aus, so haben wir, von der Oberhaut angefangen, bis zur Subkutis vier Abschnitte zu verzeichnen. Einen oberflächlich direkt unter dem Deckepithel, in dem das dunklere Pigment vorwiegt, sodann eine zweite Schicht in der Höhe der Talgdrüsen, welche sehr reich

Digitized by Google

an Mastzellen, aber arm an Pigment ist, ferner eine dritte Schicht der großen Knäueldrüsen, die sehr viel schwarzes Pigment und wenig Mastzellen enthält, und endlich die vierte unterste Schicht der Subkutis mit sehr vielen Mastzellen, aber ohne Pigment. Wo das Ekzem beginnt, schwindet zunächst das Pigment in der obersten Schicht, dagegen sind hier die Mastzellen der zweiten und vierten Schicht, sowie die Pigmentzellen der dritten Schicht gut erhalten. Auf der Höhe des Ekzems haben wir folgenden bemerkenswerten Status: während sich die dritte und vierte Schicht auch hier normal verhält, die erste Pigmentschicht nahezu depigmentiert ist, weist die zweite Schicht in der Höhe der Talgdrüsen eine wesentliche Veränderung auf. Die Mastzellen haben sowohl an Masse, wie auch an Größe abgenommen. Ihr Sitz ist noch derselbe: das Bindegewebe zwischen den Haarbälgen, in diesen selbst aber ist speziell in der Keimschicht eine bedeutende Neubildung von Pigmentzellen. Diese Pigmentzellen sind von besonders unregelmäßiger Form. In dieser Region, welche abnorm arm an Mastzellen und abnorm reich an Pigmentzellen ist, habe ich nun vereinzelt sichere Übergänge zwischen Mastzellen und Pigmentzellen gefunden. Es handelt sich um Zellen von den verschiedensten, meist langgestreckten Formen, welche in ihrem Innern sowohl Mastzellengranula als auch Pigmentzellengranula nebeneinander aufweisen. Um dieses wichtige Vorkommnis klar zu erkennen, empfiehlt es sich, nicht die gewöhnlichen Mastzellenfärbungen (Pappenheim-Unna oder Polychrom-Methylenblau) zu verwenden, da diese bei beiden Objekten zu dunkle Bilder geben und die Orangefarbe der Mastzellen bei ersterer Färbung sich von dem Braun des Pigments häufig nicht genügend abhebt. Klarer treten die Verhältnisse hervor bei der speziellen Mastzellenfärbung von Unna, da sich hier auf dem schwachgefärbten Hintergrund nur die Mastzellenkörnung dunkelblau abhebt.

Habe ich somit festgestellt, daß eine Umwandlung von Mastzellen in Pigmentzellen beim Ekzem des Hundes vorkommt, so möchte ich auch noch einen anderen bemerkenswerten Befund an denselben Präparaten beschreiben, der mir zuerst sehr auffällig war, ehe ich den Übergang von Mastzellen in Pigmentzellen erkannte. In der öfters erwähnten Talgdrüsenregion nämlich zeigen die hier durchgehenden, im übrigen braun pigmentierten Haare eine auffällige starke Einsprengung dunkelbrauner Pigmentklumpen, welche an Größe den öfters erwähnten, kugeligen Pigmentzellen und Mastzellen ungefähr gleichen. Diese sind natürlich nicht in den harten Schaft des Haares von außen eingewandert, sondern mit ihm aus der noch weichen Haarwurzel aufgestiegen. Tatsächlich tragen solche Haarwurzeln der Hundehaut, im Gegensatz zu den Haarwurzeln schwarzer Menschenhaare, eine große Menge gut abgegrenzter Pigmentklumpen von

Digitized by Google

derselben Größe. Die Pigmentklumpen können natürlich auch stark pigmentierte Epithelien darstellen, aber sie befinden sich auch schon in ähnlicher Größe und Form in den Papillen des Haares, unterhalb welcher sich Übergänge von Mastzellen in Pigmentzellen finden. Ich will natürlich nicht behaupten, daß alle Pigmentklumpen in den Hundehaaren ursprünglich in das Epithel eingewanderte Mastzellen waren; aber ich möchte doch darauf hinweisen, daß sie zu dem eigentlichen Pigment der Hundehaare einen Beitrag geliefert haben.

Die Hornschicht zeigt ein verschiedenes Verhalten. An einigen Stellen fehlt sie vollkommen, so daß die Stachelschicht frei zutage liegt, an anderen hingegen ist sie sehr stark aufgetrieben und die einzelnen Hornlamellen sind auseinandergedrängt. Die Kerne der Hornzellen sind noch sehr deutlich erhalten und gefärbt. Wir haben an diesen Stellen den von Unna für das Ekzem als typisch bezeichneten Vorgang des Erhaltenbleibens der Kernfärbbarkeit, neben Verlust der Körnerzellen, die Parakeratose, vor uns. Zwischen den Hornlamellen eingelagert erkennt man bei der Anwendung der Ölimmersion Kokkenhaufen, welche streifenförmig die Lamellen durchsetzen, hier und da durch vollkommene Teilung größere Formen aufweisen und ein ähnliches Bild ergeben, wie die Kokken bei trockenen Ekzemen des Menschen. An denjenigen Stellen im Präparat, an welchen die parakeratotische, mit Kokken durchwucherte Hornschicht auf der gewucherten Stachelschicht aufruht, ist es zu einem Ödem der letzteren gekommen mit teilweiser Spongiosenbildung. Verfolgen wir in unserem Präparat die akanthotische Stachelschicht, welche der Hornschicht entbehrt, so gelangen wir an eine Stelle, an welcher das Epithel eine Unterbrechung erleidet und es zu einem Substanzverlust, zu einem Ulkus, gekommen ist. Die Ränder dieses Substanzverlustes bilden die akanthotisch verdickten Stachelzellen. Die Oberfläche des sehr seichten Geschwüres zeigt eine ganz flache, wenig in die Tiefe gehende Nekrose. Diese Zone färbt sich nur wenig, man bemerkt keine Zellen, sondern nur von außen eingewanderte Bazillen. Die darunterfolgende Geschwürsbasis zeigt ein aus einfachen, hypertrophischen Bindegewebszellen bestehendes Infiltrat mit nur spärlichen und atrophischen Mastzellen und gar keinen Plasmazellen. Dagegen finden sich hier zerstreute Kokken und Bazillen unbestimmter Herkunft, die auch noch tiefer in die nicht gut färbbare Kutis eindringen.

Dieser Fall weist zwei Symptome auf, die dem gewöhnlichen Bild des menschlichen Ekzems nicht zukommen, eine starke Plasmombildung in der Tiefe der Haut und eine Durchbrechung der Oberhaut durch das wuchernde Infiltrationsgewebe. Was den ersten Prozeß betrifft, die Plasmombildung beim Ekzem, so muß allerdings gesagt werden, daß sie

Digitized by Google

sich auch beim Menschen in solchen Fällen findet, wo das Ekzem schon sehr lange Zeit bestanden hat, besonders wenn an behaarten Körperteilen die Haarbälge mit erkrankt sind. Übrigens hat Unna das in seiner Histopathologie schon angegeben. Was die Ulzerations- und Granulationsbildung beim Ekzem anbelangt, so ist dieses dem menschlichen Ekzem nicht eigentümlich. Wenn auf einem menschlichen Ekzem Ulzera vorkommen, so sind sie stets durch sekundäre Schädlichkeiten, durch Traumen physikalischer und chemischer Natur bewirkt. Ob derartige physikalische Traumen auch in diesem Falle mitgespielt haben, oder ob die ekzematöse Hundehaut spontan Ulzerationen erleidet, vermag ich nicht zu entscheiden. Ich möchte diese Frage späteren Untersuchungen zur Beantwortung überlassen.

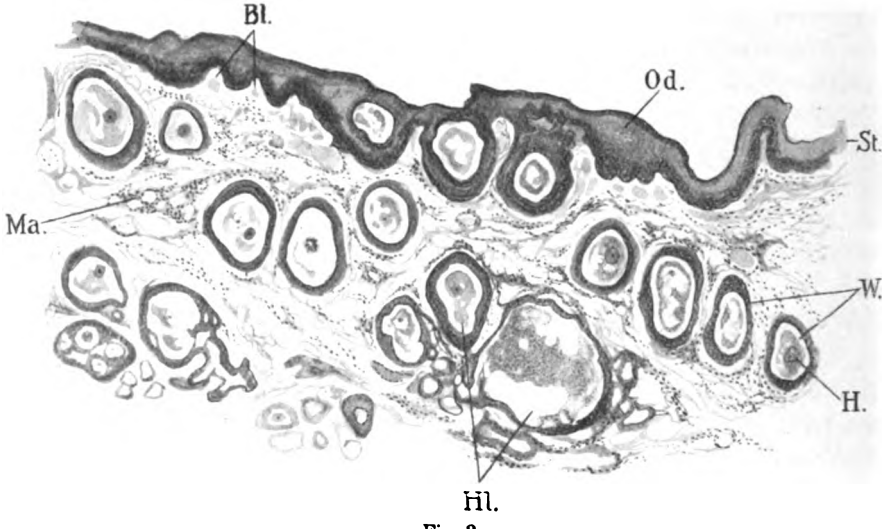


Fig. 3.

W. = Wurzelscheide, St. = gewucherte Stachelschicht, Hl. = erweiterte Haarzylinder + Leukozyten, Haar ausgefallen, Bl = erweiterte Kutisgefäße und Mastzellen, H. = Haarquerschnitt, Od. = Ödem der Stachelschicht, Ma. = Mastzellen.

Fall 3. Ekzem und Follikulitis des Hundes. Die mir von diesem Falle zur Verfügung gestellten Hautstücke stammen von der Rückenhaut eines Pinschers. Das Tier litt schon seit einigen Wochen an einer Follikulitis der Rückenhaut, so daß die Haut makroskopisch den Eindruck eines polsterförmig erhabenen Plateaus machte. Man bemerkt beim näheren Zusehen, daß auf diesem sehr viele Haare fehlten und daß die noch übriggebliebenen Haare beim Austritt aus der Haut ein Eiterbläschen aufwiesen, welches sie zentral durchbohrten. Zwischen den noch restierenden Haarbälgen saßen der ödematös geschwellten Unterlage gelbliche Borken auf.

Digitized by Google

Mikroskopischer Befund (Fig. 3). Entsprechend den makroskopischen Veränderungen an den Haaren fallen bei der mikroskopischen Betrachtung der Schnitte wie mit einem Locheisen aus der Kutis herausgeschlagene Löcher auf, die Haarquerschnitten entsprechen, aus denen das Haar ausgefallen ist. Bei stärkerer Vergrößerung erkennt man in der Mitte noch einzelne Zellen, die der Wurzelscheide entsprechen. Nach außen befindet sich ein aus gut gefärbten Leukozyten zusammengesetzter konzentrischer, breiter Ring. Daran schließt sich die Stachelschicht des Haarbalges, welche als ein schmaler, scharf konturierter Ring den Schrägschnitt des letzteren nach außen abschließt. Dieser Leukozytenwall im Innern des Haarbalges setzt sich nur bis in die Mitte der Kutis fort. Die Kutisgefäße, welche ringsum diese erweiterten Haarzylinder gelagert sind, sind ebenso wie die direkt der Oberhaut liegenden stark mit Blut gefüllt und zeigen in ihrer Nachbarschaft ein Auswandern von Leukozyten, zum Teil wohl ausgebildete Mastzellen und spärliche, kleine Plasmazellen. Dieser Entzündungsprozeß ergreift nur die oberen Teile der Haarbälge und hat zum Teil zu der schon beschriebenen Follikulitis und Perifollikulitis derselben geführt. Die Haare in den tieferen Hautpartien zeigen normale Verhältnisse. An den Haarbälgen, welche keine Leukozytenansammlung im Innern beherbergen, ist die Stachelschicht gewuchert und zeigt an jenen Stellen, wo die Hornschicht in Form einer serösen Kruste aufliegt, Ödem und Spongiosebildung. Da, wo die Hornschicht abgehoben und es zur Bildung einer serösen Kruste gekommen ist, bemerkt man in den oberen Lagen der Stachelschicht Ödem und Spongiosebildung, in den tieferen Lagen Mitosenbildung. Die Hautstücke, welche direkt nach der Exzision zur Fixation offenbar in Formalin und Sublimat eingelagert worden waren, lieferten beim Schneiden und bei Anwendung der UNNAschen Farbstoffe keine guten Bilder. Die hier zugrunde liegenden Färbungen sind nur dadurch möglich geworden, daß ich die Schnitte vorher oxydierte, nach einem Verfahren, welches Hr. Dr. REIMANN im UNNAschen Laboratorium ausgearbeitet hat.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1915, 1. Heft.

1. Myiasis cutanea beim Menschen, von ANTONIO PORTA. Verfasser hat sich der dankenswerten, mühevollen Aufgabe unterzogen, alle Angaben über Parasitismus von Insektenlarven in der menschlichen Haut zu sammeln und dann nach einheitlichen Gesichtspunkten zu ordnen. Es soll dadurch eine übersichtliche Zusammenfassung unserer Kenntnisse geboten werden, die eine Grundlage für weiteres Arbeiten abgibt. Man ersieht aus dieser Monographie, welch große Menge von Insekten im Larvenstadium die Haut befallen kann. Verfasser führt acht Klassen auf: Sarcophaginae, Calliphorinae, Hypoderminae, Oestrinae, Cuterebrinae, Gastrophilinae, Muscinae und Anthomyinae. Diese zerfallen wieder in zusammen 16 Genus und diese in 42 Spezies. PORTA bringt nun in eingehender Weise von jeder Spezies die Beschreibung der Larve, der Puppe und des fertigen Insekts. Dann skizziert er kurz das dazugehörige Krankheitsbild.

Digitized by Google

Als allgemeine Schlußfolgerung ergibt sich, daß die verschiedenen Typen eine distinkte geographische Verbreitung haben: in Europa finden sich Hypoderminae und Gastrophilinae; in Amerika von Kanada bis Patagonien das Genus Chrysomyia, im tropischen Amerika Dermatobia; in Afrika findet sich das Genus Cordylobia und das Subgenus Pycnosoma; die Sarcophaginae sind dagegen in der Alten und Neuen Welt weit verbreitet.

Joseph teilt die Fälle von Myiasis cutanea in zwei Gruppen: Myiasis dermatosa muscosa (Sarcophaginae, Calliphorinae, Muscinae usw.) und Myiasis dermatosa oestrosa (Hypoderminae, Cuterebrinae, Gastrophilinae). Verfasser akzeptiert diese von manchen verlassene Einteilung, da sie vom klinischen Standpunkte aus sehr praktisch ist. Bei der Myiasis dermatosa muscosa sind zahlreiche Larven vorhanden, sie bilden große Haufen und machen eine rapide Entwicklung durch. Sie leben frei im Gewebe und fressen dieses gierig auf, so daß große Substanzverluste entstehen. Dazu kommen starke lokale und allgemeine Erscheinungen, die sogar zum Tode führen können. Zum Eindringen der Larven ist eine Kontinuitätstrennung erforderlich. Bei den oeströsen Dermatosen entwickeln sich dagegen die Larven langsam, sind meist einzeln, und wenn in der Mehrzahl, so leben sie nicht zusammen. Die Larven der Hypoderminae und Gastrophilinae haben ferner die Eigenschaft zu wandern. Die entzündlichen Erscheinungen sind gering, es entsteht kein oder nur ein geringer Substanzverlust.

Aus diesen Zusammenstellungen ergibt sich weiter, daß es keine dem Menschen eigene Form von Myiasis gibt, so daß die Annahme eines Oestrus hominis hinfällig ist. Es kommen bei Menschen und Tieren dieselben Larven vor. Diese Insekten sind zufällige Parasiten; sie sind dies auch nur zeitweilig, da nur die Larve in der Haut, die Puppe und das Insekt aber frei lebt. Verfasser weist auch noch auf die von Balser in einem Falle gefundene Eosinophilie hin.

Für den Arzt ist es schwer, im Einzelfalle den Parasiten zu klassifizieren; sind mehrere Larven vorhanden, so soll ein Teil in Alkohol (70%) aufgehoben werden, der andere Teil soll zum Insekt entwickelt werden, da oft erst dieses eine genaue Klassifikation ermöglicht. Zum Aufziehen von Fliegenlarven braucht man ein Stück Fleisch; es muß ferner für Luft und Feuchtigkeit gesorgt werden. Bremsenlarven im reifen oder fast reifen Zustande kann man in einem Glase unter feuchter Erde sich entwickeln lassen; junge Stadien müssen aber zur Entwicklung unter die Haut von Wiederkäuern gebracht werden. Ein großes Literaturverzeichnis ergänzt die wertvolle Zusammenstellung

2. Beitrag zur Kenntnis der Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Mario Copelli. Verfasser beschreibt zwei Fälle. Der erste betraf ein 14jähriges Mädchen, das etwa vier Wochen vor der Aufnahme von der Krankheit befallen wurde: es entstanden an den Hüften und Beinen disseminierte rote Flecke, denen bald andere auf dem Bauche, dem Halse, den Schultern und Armen folgten. Während sich die Herde am Stamme nach einer Periode der Vergrößerung involvierten, wuchsen die an den Extremitäten befindlichen peripherwärts, blaßten gleichzeitig im Zentrum ab, so daß sie Ringform bildeten. Bei der Aufnahme fanden sich dementsprechend zweierlei Arten von Effloreszenzen: in geringerer Zahl stecknadelkopf- bis zweicentesimistückgroße runde und ovale Flecke und in größerer Menge kreis- und bogenförmige Effloreszenzen von Zweicentesimi- bis Zweisoldistückgröße. Die ersteren erwiesen sich als gleichmäßige, unscharf begrenzte Flecke von tiefroter Farbe, von der sich dichtstehende, fast konfluierende, mehr bläulichrote kleinste Fleckchen abhoben. Auf Fingerdruck schwand die diffuse Färbung, während die kleinen Flecke nur abblaßten. Die größeren Effloreszenzen bildeten unscharf begrenzte, etwas gezähnelte Ringe. Das Zentrum war undeut-

Digitized by Google

lich, gelblich, leicht schuppend, an einigen Stellen deprimiert, haarlos; die Ringe waren zusammengesetzt aus runden Flecken, die mit den oben beschriebenen identisch waren und sich etwas über das Hautniveau erhoben. Zwischen beiden Formen gab es Übergänge. Im weiteren Verlaufe involvierten sich die alten Herde, während neue erschienen, die aber nicht Kreisform bildeten.

Die zweite Patientin, ein 8jähriges Mädchen, litt seit etwa zwei Monaten an der Hautaffektion. Es fanden sich hell- und dunkelrote Kreise und Bogen gleichmäßig auf Ober- und Unterextremitäten verteilt, ferner in geringerer Zahl kleinere Flecke. Bei genauerem Zusehen erwiesen sich beide von dunkelroter Farbe, von der sich meist follikuläre, hellrote Pünktchen abhoben. Auf Glasdruck verschwand die Rötung, und es blieben erweiterte Gefäße und die hellroten Pünktchen zurück. Stellenweise fanden sich atrophische Flecke. Die Affektion wurde ebenfalls gebessert.

Verfasser bespricht dann die Klinik, die pathologische Anatomie und die Ätiologie der Erkrankung. In ersterer Hinsicht hebt er bei seinem ersten Falle den Umstand hervor, daß die Krankheit nicht in einem Schube auftrat, sondern Nachschübe und Rezidive zeigte. An demselben Falle hat Verfasser eine eingehende histologische Untersuchung vorgenommen; das Bemerkenswerteste ist, daß er die Veränderungen der Media für die primären und charakteristischen ansieht. In ätiologischer Hinsicht kommen verschiedene toxische Faktoren in Betracht, zu denen auch die Tuberkulose gehört.

R. Frühwald-Leipzig.

Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma.

Januar 1915.

1. Günstiger Einfluß der Röntgenstrahlen auf Hauttransplantate, von Luigi Quintarelli. Kurzdauernde Einwirkung der Röntgenstrahlen bewirkt durch die Hyperämie eine Erleichterung der Lebensvorgänge in den Geweben; Verfasser ist daran gegangen, diese Eigenschaft zur besseren Einheilung von Transplantaten nutzbar zu machen. Er berichtet über einen Mann mit einem chronischen varikösen Beinekzem, bei dem eine Wunde in der ekzematösen Partie nicht heilen wollte; er machte eine Transplantation, bestrahlte kurz mit Röntgenstrahlen und sah das Transplantat glatt einheilen. Verfasser machte dann an Meerschweinchen verschiedene Hautüberpflanzungen, so zwar, daß ein Stück etwa 4—5 Minuten bestrahlt wurde, das andere nicht; das erstere zeigte stets raschere und bessere Heilung als das letztere. Es ergibt sich also, daß die Röntgenstrahlen die Konsolidierung eines Transplantates erleichtern, auch unter Umständen, die sonst einer Einheilung nicht günstig sind (verminderte Lebensfähigkeit, eitrige Verunreinigung usw.). Auch histologisch wurde die bessere Ausgleichung des Substanzverlustes durch das Transplantat festgestellt.

2. Experimentelle Stase und experimentelles Ödem bei einigen Dermopathien, von Michele Delzotti. Bericht über zwei Kranke mit hartnäckigem Ekzem, die beide erbsyphilitisch waren. Daraus resultierte eine, auch histologisch festgestellte, Alteration des Gefäßsystems, der Verfasser die Schuld an der hartnäckigen exsudativen Hautveränderung zuschreibt. Auch experimentell wurde die eigenartige Reaktion der Haut festgestellt.

3. Chronische fibromatoide Dermatitis infolge syphilitischer Sklerose der Kapillaren, von Antonio Pili. Bericht über drei Fälle von papulo-sklerotischen Hautveränderungen, die durch spezifische Behandlung geheilt wurden. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

4. Einwirkung des lupösen Granuloms und einiger experimenteller Entzündungen auf das Knorpelgewebe, von Romeo Ruggiero. Verfasser hat in histo-

Digitized by Google

logischen Schnitten von Nasenlupus vom Nasenknorpel abgelöste und auseinandergedrängte Knorpelzellen gefunden; diese bildeten das Zentrum von Riesenzellen. Verfasser hat nun versucht, dieselben Bedingungen experimentell herzustellen, indem er Knorpelgewebe, teils aseptisch, teils septisch, Meerschweinchen subkutan und intraperitoneal injizierte. Er fand dabei um die Knorpelzellen riesenzellenartige Gebilde oder eine Lagerung der Leukozyten, die an Riesenzellen erinnerte. Diese erscheinen daher als Fremdkörperriesenzellen.

5. Nochmals die Erbsyphilis unter dem Bilde der Malaria, von Campana. Verfasser hat vielfach Berichte darüber gefunden, daß malariakranke Säuglinge, die gegen Chinin refraktär waren, an Erbsyphilis litten. R. Frühwald-Leipzig.

Actas dermo-sifiliograficas.

6. Jahrgang, Februar bis März 1914.

1. Lupus erythematosus der Mundschleimhaut, von E. A. Sáinz de Aja. Verfasser hat unter 33 Fällen von Lupus erythematosus sechsmal die Mundschleimhaut befallen gefunden (= 18%). Dieser Befund berechtigt ihm, im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung die These aufzustellen, daß der Lupus erythematosus der Mundschleimhaut relativ häufig ist. Er bildet isolierte scheibenförmige Herde oder auch schmetterlingsförmige, wie man sie im Gesicht findet. Häufig ist die Mundaffektion die Fortsetzung der Herde auf der Haut; doch ist das primäre Befallensein der Schleimhaut auch nicht selten. Verfasser gibt an, daß der Lupus erythematosus, speziell der Mundhöhle, in Spanien häufiger sein mag als anderswo; der Hauptgrund für das bisherige Unbekanntsein der Häufigkeit des Lupus erythematosus der Mundschleimhaut dürfte aber wohl darin liegen, daß die Mundhöhle bislang bei dieser Affektion nicht systematisch und genau untersucht wurde.

2. Das sogenannte Pigmentsyphilid und die Melanodermia syphilitica, von José S. Covisa. Eine Patientin kam im 5. oder 6. Krankheitsmonate mit einem ulzerösen Syphilid zur Behandlung; sie klagte ferner über Schwäche, Herzklopfen, Kopf- und Gelenkschmerzen. Das Auffallendste war aber eine diffuse dunkle Pigmentierung der Haut, die auf der Vorderseite des Stammes, auf den Armen, dem Kopfe und im Gesichte besonders ausgeprägt war. Durch antisyphilitische Therapie wurden die syphilitischen Erscheinungen beseitigt und alle Allgemeinbeschwerden behoben; aber auch die Hautverfärbung ging stark zurück, so daß bloß eine leichte diffuse Pigmentierung zurückblieb. Es handelte sich wohl um eine Affektion des Bauchsympathikus oder um eine syphilitische Entzündung der Nebennieren. Die symmetrische Lokalisation läßt an eine Ursache im Zentralnervensystem denken. Diese Melanodermie ist aber streng vom Pigmentsyphilid (Leukoderma syphiliticum) zu unterscheiden.

3. Trockene Gangrän der linken großen Zehe infolge syphilitischer Endoarteriitis obliterans, von I. Sanz de Grado. Eine 54jährige Patientin, die schon wiederholt wegen schwerer, ulzeröser Syphilisformen behandelt worden war. Zwei Monate vor der Aufnahme begannen Schmerzen in den Beinen, Hinken, Schwellungen, Schmerzen in der Nase und den Unterlidern. Bald darauf entstanden heftige Schmerzen in der linken Fußsohle, die in die große Zehe ausstrahlten; letztere wurde allmählich kühler. Bei der Aufnahme fand sich neben Periostitis der Tibien, Gelenk- und Knochenschmerzen in den Armen, eine trockene Gangrän der linken großen Zehe. Unter spezifischer Behandlung schwanden die Symptome, und die Gangrän demarkierte sich; schließlich wurde die Zehe exartikuliert.

4. Gangrän des Fußes durch syphilitische Arteriitis obliterans, von M. Forns. Bei dem 38jährigen Patienten, der nie Syphilis gehabt haben will, trat im linken Fuße

Digitized by Google

Kältegefühl auf, zu dem sich Schmerzen und Jucken gesellten. Späterhin begannen die Zehen nekrotisch zu werden. Unter verschiedenen Diagnosen wurde der Kranke verschiedenen Behandlungsmethoden ohne Erfolg unterzogen. Die Wassermannsche Reaktion brachte schließlich die Aufklärung. Damals war bereits die erste und zweite Zehe nekrotisch, die dritte zyanotisch, der Fuß ödematös dolent; Neosalvarsanbehandlung brachte bedeutende Besserung.

5. Behandlung der Impetigo, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

6. Sekundäre syphilitische Myokarditis, von I. S. Covisa. Die 22jährige Patientin kam wegen ausgebreiteter sekundärer Syphilis zur Behandlung; als die inneren Organe zwecks Neosalvarsanbehandlung untersucht wurden, fand sich Bradykardie (50 Pulsschläge in der Minute) und Arhythmie (jeder vierte Puls aussetzend). Da eine von der Syphilis unabhängige Myokarditis nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde nicht Neosalvarsan, sondern Zyanquecksilber gegeben, das die syphilitischen Symptome zum Abheilen brachte. Gleichzeitig wurde der Puls frequenter und weniger arhythmisch. Nach $1^1/_2$ Monaten kam die Kranke wegen eines Rezidivs wieder in Behandlung. Der Puls betrug wieder 50, jeder 8.—10. Schlag setzte aus. Durch Neosalvarsan wurden die spezifischen Erscheinungen und die Arhythmien zum Verschwinden gebracht, der Puls auf 66 erhöht. Als nach zwei Monaten wieder ein Rezidiv eintrat, kamen auch die Arhythmien, allerdings weniger häufig, wieder, der Puls war 64. Auch diesmal schwanden die Erscheinungen unter spezifischer Behandlung und wurden nicht wieder beobachtet.

Oktober bis November 1914, 7. Jahrgang, Nr. 1.

1. Syphilis nervosa und therapeutische merkurielle Nephritis, von E. A. Sáinz de Aja. Die 27jährige Patientin litt seit etwa sechs Jahren an einer häufig rezidivierenden Syphilis, die stets mit heftigen Kopfschmerzen einherging. Im März 1914 erlitt sie plötzlich einen Anfall von Jucken und Zittern der linken Körperhälfte; diese Anfälle wiederholten sich, und schließlich stellte sich eine komplette linksseitige Hemiplegie ein, ohne daß ein apoplektischer Insult vorausgegangen war. Dabei bestanden Kopfschmerzen und Erbrechen. Die Patientin wurde einer kombinierten Behandlung unterzogen; plötzlich trat eine starke Nephritis auf. Da Verfasser diese auf das verabreichte Quecksilber bezog, behandelte er nur mit Neosalvarsan weiter. Unter dieser Therapie schwanden alle syphilitischen Erscheinungen, es blieb nur eine geringe Hemiparese zurück. Das Eiweiß schwand bis auf kleine Mengen aus dem Urin.

2. Tuberculosis papillomatosa et sclerosa des Zungenrückens, von Juan de Azúa. Der 55jährige Patient hatte im mittleren Drittel des Zungenrückens einen roten ovalen Herd, der etwas dunkler und wenig höher war als die Umgebung, von der er durch eine tiefe Furche getrennt war. Der Herd war zusammengesetzt aus konglomerierten Knötchen, die von kleinen Furchen getrennt waren. Diese zeigten keine Erosionen und schienen die Folge eines sklerotischen Prozesses zu sein; auch die zirkuläre Furche zeigte derbe, sklerotische Ränder. Die Affektion machte außer geringfügigem Brennen keine Beschwerden. Da der Kranke früher Syphilis gehabt hatte und jetzt positiven Wassermann aufwies, wurde das Leiden zuerst für syphilitisch gehalten. Verfasser neigte aber mehr der Diagnose einer papilloskleröse Tuberkulose zu, zumal der Patient manifeste Spitzentuberkulose hatte.

3. Lupus papillomatosus vegetans der Hände, von A. Pardo Regidor. Bei dem Kranken war nach einer Kontusion eine Erosion aufgetreten, die durch Therapie nicht beeinflußt wurde und papillomatösen Charakter annahm; auf der linken Hand ent-

Digitized by Google

stand ein gleicher Herd. Die Affektion wurde seinerzeit von Azúa als Dermitis papillomatosa vegetans bezeichnet. Verfasser führt aber aus, daß seiner Ansicht nach ein papillomatöser Lupus vorlag; gestützt wird diese Meinung durch positiven Tierversuch.

4. Zirzinärer Lichen Wilson. Beträchtliche Resistenz gegen Arsentherapie, von José S. Covisa. Der Titel sagt das Wesentliche. Autohämotherapie hatte sich vortrefflich gegen das Jucken bewährt.

5. Lupus tuberculosus partim exedens, non ulcerosus der rechten Wange. Rasche Heilung durch Finsentherapie, von Juan de Azúa. Der Titel sagt das Wesentliche.

6. Myositis cystica syphilitica des Masseters, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die Patientin hatte seit etwa neun Jahren wiederholt syphilitische Erscheinungen, die spezifisch behandelt wurden. Im Mai 1914 erschienen Kopf- und Gliederschmerzen. Ostitis der Klavikula; die Patientin konnte den Mund schwer öffnen, da ein Tumor an der rechten Wange auftrat. Bei der Aufnahme fand sich im linken Masseter ein glatter, runder, scharf umschriebener, zystischer Knoten von Nußgröße; er war indolent, wenig beweglich. Kompletter Trismus. Verfasser nahm einen syphilitischen Prozeß an und leitete eine kombinierte Behandlung ein; unter dieser schwand der Knoten bis auf einige derbe Unebenheiten vollkommen; der Mund konnte wieder normal geöffnet werden.

7. Adenophlegmone der Submaxillargegend, von Juan de Azúa. Das Mädchen litt an einer akuten phlegmonösen Adenoperiadenitis der rechten Submaxillargegend, die auf die Gegend der Mandibula und des Kopfnickers übergriff. Die Schwellung war derb, rot, dolent, tief; Fieber, schlechter Allgemeinzustand. Verfasser injizierte 1 ccm Staphylokokkenvakzine; es folgte eine intensive Reaktion mit Fieber und Delirien. Am nächsten Tage waren die bedrohlichen Erscheinungen geschwunden und die Schwellung etwas zurückgegangen. Die folgenden neun Injektionen zu 2 ccm Vakzine wurden anstandslos vertragen und brachten die Phlegmone zur völligen Resorption.

8. Papillom der behaarten Kopfhaut durch Radium geheilt, von Juan de Azúa. Der 26jährige Patient hatte seit der Kindheit am Scheitel ein dunkelbraunes Papillom; die befallene Stelle war fast haarlos. Der Kranke wurde in 16 Sitzungen zu 5—20 Minuten mit Radium (500000 E.) bestrahlt. Das Papillom verschwand völlig; an seiner Stelle blieb eine glatte, leicht atrophische Haut.

9. Primäre infektiöse Purpura mit Gangrän, von José S. Covisa. Der 22jährige Kranke wurde nach vorausgegangenen Schmerzen in den Beinen von einer heftigen Purpuraeruption befallen. Es fanden sich zahlreiche teils isolierte, teils konfluente Hämorrhagien, die Beine waren ödematös und schmerzhaft. Auf ihnen und auf der rechten Hand waren große blutige Blasen vorhanden. Am linken Daumen war es nach einer solchen Blase zur Nekrose und zur Nagelablösung gekommen. Die Mundschleimhaut zeigte ebenfalls Hämorrhagien, die rechte Tonsille gangränöse Angina. Es folgten noch einige Nachschübe unter Fieber, dann verschwand die Affektion völlig. Im Blute wurde ein grampositiver Diplokokkus gefunden.

10. Superinfektion bei einem Tertiärsyphilitischen, von M. Forns. Der 21jährige Patient hatte im März 1911 einen Primäraffekt am inneren Vorhautblatt; er erlitt mehrere Rezidive und wurde mit Quecksilber und Salvarsan behandelt. Am 21. Oktober 1914 kam er wieder zur Behandlung, da er seit drei Monaten ein Geschwür bemerkte. Bei der Untersuchung fand sich ein harter Schanker im Sulcus coronarius und am Frenulum, linksseitige typische Leistendrüsenschwellung, dorsale Lymphangitis, generalisierte, diskrete Roseola, zahlreiche Mundpapeln und Kopfschmerzen. Verfasser meint, daß eine Superinfektion vorliegt.

Digitized by Google

11. Adams-Stokesscher Symptomenkomplex syphilitischen Ursprungs, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die 37jährige Patientin war im 14. Lebensjahre syphilitisch infiziert worden und hatte zu wiederholten Malen spezifische Kuren durchgemacht. Diesmal kam sie zur Behandlung wegen allgemeiner Schwäche, Kopf- und Gliederschmerzen, Dyspnoë und Präkordialangst. Bei der Untersuchung fand sich ein Puls von 32—36. Durch eine kombinierte Behandlung wurden die Schwäche und die Schmerzen beseitigt, die Symptome von seiten des Herzens blieben aber unverändert. Verfasser meint, daß der Adams-Stokessche Symptomenkomplex im vorliegenden Falle durch Syphilis bedingt war; daß aber die Myokardveränderungen bereits zu weit fortgeschritten waren, um von der spezifischen Behandlung beeinflußt werden zu können.

12. Lupus erythematosus generalisatus, teleangiectaticus im Gesicht und auf dem Kopfe, von Juan de Azúa. Verfasser weist auf einen in einer früheren Arbeit beschriebenen Fall hin, der im Gesicht und auf dem Kopfe die Eigentümlichkeit aufweist, daß er absolut „erythematosus" ist, keine Infiltration, nur zahlreichste Teleangiektasien aufweist. Die Herde am übrigen Körper sind vom gewöhnlichen Typus. Der Fall ist sehr resistent gegen Aurum-Kalium cyanatum. R. Frühwald-Leipzig.

The urologic and cutaneous Review.

August 1914.

1. Über die Behandlung der Syphilis, von W. Knowsley Sibley und B. C. Camb-London. Sofort nach sichergestellter Diagnose soll man — nach Ansicht der Verfasser — zur Zerstörung des Primäraffektes schreiten und zwar auf drei Methoden: 1. chemisch, 2. durch Hitze, 3. durch Kälte; die Gefriermethode mit Kohlensäureschnee usw. halten die Verfasser für die empfehlenswerteste; vorher lokale Anästhesierung. Dann sofort Einleitung der Allgemeinbehandlung. Zunächst besprechen die Verfasser die verschiedenen Hg-Präparate und die Methode ihrer Einverleibung: per os, per rectum, per vaginam, durch die Haut, durch Einatmung und durch Injektionen; ohne wesentlich Neues zu bringen. Im Anschluß wird die Notwendigkeit der guten Mund- und Zahnpflege erörtert und Winke zur Behandlung etwa eingetretener Stomatitis gegeben. Die Jodpräparate sind nach der Meinung der Verfasser in jedem Stadium — besonders aber im tertiären Stadium — angezeigt und vorteilhaft. Salvarsan besprechen die Verfasser nur ganz oberflächlich; sie sind der Ansicht, daß es ein wirksames Mittel ist, daß aber die Kombination mit Hg unbedingt notwendig ist. Noch kürzer sind ihre Mitteilungen über Hektine; von diesem Präparate nennen sie nur die Dosen und meinen, daß oft die positive WR nach längerer Anwendung negativ wird. Über die notwendige Dauer der Behandlung und über lokale Behandlung bringen die Verfasser nichts Neues.

2. Die lokale Behandlung der Blennorrhoe beim Manne, von Curt Heinemann-Berlin. Zum Referieren nicht geeignet, da das Wesentliche der Arbeit bereits in der Zeitschrift für Urologie mitgeteilt worden ist.

3. Ein Fall von Nekrose des Skrotums, veranlaßt durch chemische Reizung und kompliziert mit Erysipel, von Noah Zeher-Fort Vayne. Ein bis dahin stets gesunder Mann von 30 Jahren — Vater zweier gesunder Kinder — zog sich am 21. März eine heftige Erkältung zu, die er selbst mit Chinin. bromat. heilen wollte. Als sich am folgenden Tage Blasenschmerzen und die Unfähigkeit zu urinieren einstellten, brachte der Patient eine in Laienkreisen beliebte Salbe in Anwendung, die er auf den Hoden und den Penis applizierte; dann nahm er über einem Eimer mit kochendem Wasser ein lokales Dampfbad, wobei heißes Wasser an die befallenen Stellen heranspritzte. Zwei Stunden später traten Brennen und heftige Schmerzen in der Blasengegend, der Harnröhre und dem Skrotum auf, die sich bis zum 23. März enorm steigerten und zu einer

Digitized by Google

kolossalen Anschwellung des Hodens und des Penis führten. Erst am 24. März suchte er ärztliche Hilfe auf. Da zeigten sich, abgesehen von der enormen Schwellung, bereits an einem kleinen Stück des Penis und am ganzen Hoden dunkelgefärbte, gangränöse Stellen. Nach gründlicher Entleerung des Darmes wurden zuerst warme Breiumschläge gemacht. Am folgenden Tage entwickelte sich bei dem hochfiebernden Patienten von der Leistengegend ausgehend ein fast den ganzen Körper inklusive des Gesichts ergreifendes Erysipel. Die Haut des Skrotums stieß sich zum Teil spontan ab, zum Teil wurde sie mit der Schere abgetragen, so daß die Hoden nur von der Tunika bedeckt waren; darüber wurden dauernd Kompressen mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gelegt. Da das Fieber dauernd hoch blieb, wurden am 2. und 5. April gegen das Erysipel Injektionen mit gemischter Stockvakzine (800 Millionen Staphylokokken, 200 Millionen Streptokokken und 400 Millionen Kolibazillen) gegeben, worauf das Fieber abfiel, das Erysipel zum Stillstand kam und der Patient sich schälte. Vom 9. April an normale Temperatur, der Patient wurde noch mit tonischen Mitteln behandelt, lokal dauernd Salzwasserkompressen. Am 3. Mai war die Wunde am Penis verheilt, die Hodenschwellung fast ganz zurückgegangen. Am 4. Mai wurden in Narkose alle gangränösen Stellen entfernt, die Wundränder vernäht; Heilung per primam, so daß Patient zwölf Tage später seinen Beruf aufnehmen konnte. Zeher hebt an diesem Falle folgende Punkte als interessant hervor: 1. Mißbrauch von Medikamenten durch Laien, 2. die Vulnerabilität der Skrotalhaut gegenüber reizenden Mitteln, 3. die hervorragende Wirkung der Mischvakzine, 4. die wohltuende und günstige Wirkung von normaler Kochsalzlösung bei Wunden an den Genitalien.

4. Über Syphilisbehandlung. Vergleichende Statistik der Zahl der täglich in das Krankenhaus zur Behandlung kommenden Syphilitiker, mit oder ohne Salvarsan, resp. Neosalvarsananwendung, von W. G. Stimpson-New York. Der Verfasser bringt statistische Daten und Krankengeschichten aus den bedeutendsten Hospitälern der Vereinigten Staaten. Dieselben ergeben, daß für die Beobachtungszeit vom 1. Juli 1913 bis 1. Januar 1914 bei 430 ziemlich analogen Fällen von Syphilis die Hospitalbehandlung bei Salvarsan- resp. Neosalvarsanbehandlung durchschnittlich 13,31 Tage, ohne diese bei reiner Hg-Behandlung 29,04 Tage dauerte. Es wurde fast ausschließlich Neosalvarsan und zwar in Dosen von 0,9 und zwar viermal intravenös verabfolgt. Daß nie Reaktionserscheinungen im Allgemeinbefinden beobachtet wurden, schiebt Stimpson darauf, daß am Tage vor der Injektion eine gründliche Entleerung des Darms mittels Kalomel resp. abführenden Salzen vorgenommen und die Patienten dann 24 Stunden nur mit Milch ernährt wurden. In einigen Fällen, in denen nach 4 Injektionen zwar die WR im Blute negativ, aber im Liquor noch Globulinreaktion oder Pleozytose war, wurden mit gutem Erfolge Injektionen mit salvarsanisiertem Serum gemacht. Als einziges zuverlässiges Mittel der Erkennung der erfolgten Heilung betrachtet Stimpson die Reinfektion. Da wir diese aber nicht absichtlich herbeiführen können, und er die Luetinreaktion vor der Hand nicht sicher als beweisend betrachtet, stellt er folgendes als Regel auf: wenn bei einem Patienten durch Salvarsan oder Hg oder kombinierte Behandlung die WR negativ geworden und ein Jahr ohne jede Behandlung negativ geblieben ist, so können wir mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit eine Heilung annehmen. Um noch sicherer zu gehen, können wir eine provokatorische Salvarsaninjektion machen und dürfen bei negativ bleibender WR unserer Sache sicher sein.

5. Über neue Beiträge zur Urologie von seiten der Franzosen, von A. D. Zwick-Cincinnati. Wie der Titel besagt, bespricht der Verfasser die Fortschritte in der Urologie, die wir den Franzosen zu danken haben. Es handelt sich besonders

Digitized by Google

um den Ureterenverschluß und um die Kapazitätsproben für die Nieren. Die Mitteilungen sind größtenteils in den Archives urogenitales des Hospitals St. Necker niedergelegt.

6. Epididymitis als Komplikation bei Prostatektomie, von CHARLES D. LOCKWOOD-Pasadena. Als die bei weitem häufigste und unangenehmste Komplikation, die bei Prostatektomie den normalen Heilungsverlauf stört, betrachtet der Verfasser die Epididymitis; dieselbe tritt nach seiner Statistik fast in 20% der Fälle auf und zwar meist am Ende der zweiten Woche, wenn die suprapubische Wunde sich schließt, und der Urin wieder durch die Harnröhre abzufließen anfängt. Auf welchem Wege — ob direkt durch die Duktus oder indirekt durch die Lymphbahnen — die Infektion zustande kommt, ist noch nicht völlig aufgeklärt. Auch darüber, ob diese Komplikation öfter bei der suprapubischen oder der perinealen Operationsmethode auftritt, gehen die Meinungen und die statistischen Mitteilungen diametral auseinander. Was die Behandlung anlangt, so befürwortet der Verfasser das Einlegen eines Verweilkatheters (18—20) für einige Tage, zu der Zeit, in der sich die Operationswunde zu schließen beginnt.

7. Manifestationen von weiblicher sexueller Perversität; günstige Vorbedingungen dazu in den Klosterschulen. Beispiele von Transvestismus, unbewußter Homosexualität und sexuales Empfinden bei Mannweibern. Masturbation unter dem Einflusse homosexuellen Empfindens; unbestimmte Sexualempfindungen in der Kindheit, von DOUGLAS C. MCMURTRIE-New York. Die umfangreiche Überschrift gibt den Inhalt der vorliegenden Arbeit beinahe vollkommen wieder. Der Verfasser bringt für die verschiedenen Formen perversen Sexualempfindens bei Frauen Beispiele, die er an der Literatur Spaniens, Frankreichs, Englands und Deutschlands zusammengesucht hat. Daß die gewaltsame Unterdrückung des normalen Geschlechtstriebes, wie dieselbe in den Klosterschulen geübt wird, sehr häufig zur Homosexualität, resp. Perversität führt, ist bekannt. Auch die dagegen empfohlenen Mittel, besonders mehr freie Bewegung und viel Sport im Freien, sind nicht neu. Interessant ist der nach MOLL zitierte Fall einer Frau, die in ihrer Kindheit durchaus männliche Neigungen zeigte, die sich jedoch in der Pubertätsperiode verloren, und nie wiederkehrten, ein Beweis, daß man gelegentlich in der Kindheit auftretende, anscheinend perverse Geschlechtsneigungen nicht zu ernst auffassen soll.

September 1914.

1. Eine neue diagnostische Methode zur Aufklärung diagnostischer Veränderungen an den weiblichen Urogenitalorganen, von G. SHEARMAN PETERKIN-Seattle. Die sehr ausführliche Arbeit ist zum Referieren nicht recht geeignet, weil ein integrierender Teil derselben in den sehr zahlreichen Abbildungen besteht, mit denen sie ausgestattet ist. Der Verfasser schildert sein Vorgehen beim Diagnostizieren von weiblichen Harn- und Geschlechtskrankheiten speziell mittels Röntgenaufnahmen in den verschiedenen Stellungen der Patientinnen. Er hofft, daß ähnlich wie die Röntgenstrahlen mit Wismutbrei bei den Erkrankungen des Magen-Darmtraktus eine neue Ära in der Behandlung derselben gezeitigt habe, auch die Vervollkommnung der Technik bei Anwendung der X-Strahlen neues Licht in noch dunkle Gebiete der Frauenleiden bringen werde.

2. Zystitis: Eine nur nach fleißiger Beobachtung zu stellende Diagnose, von ABRAHAM NELKEN-New Orleans. Der Verfasser hebt hervor, daß, wie die Diagnosen „Rheumatismus" für jeden Schmerz, oder „Malaria" für jedes Fieber mißbräuchlich angewendet werden, auch die Diagnose „Zystitis" von Laien oder oberflächlich untersuchenden Ärzten für jede Störung beim Urinieren gestellt wird, gleichviel, wo

Digitized by Google

der Sitz der Erkrankung ist, d. h. ob es sich eventuell um eine Pyelitis, Pyelonephritis, Urethritis anterior oder posterior, acuta oder chronica oder um eine echte Zystitis handelt. Die echte, unkomplizierte Cystitis acuta hält Verfasser für eine sehr seltene Krankheit, deren häufigste Ursache die Einführung unsauberer Instrumente bildet, und die eher Neigung hat, spontan zu heilen als chronisch zu werden. Auch die unkomplizierte, chronische Zystitis ist selten. Vom Standpunkte des Praktikers aus hat die Blasenschleimhaut keine drüsige Striktur. In vielen Fällen verleitet häufiger Urindrang zur Diagnose „Zystitis", bei genauer Untersuchung findet man aber keinen Eiter oder kann konstatieren, daß derselbe aus der Urethra (bei Frauen auch oft aus der Vagina) stammt, und daß bei intakter Blase der Urindrang eine reine Neurose ist. Oft auch liegt die Veranlassung zum häufigen Urinieren nicht in der Qualität, sondern der Quantität des Urins (Diabetes mellitus oder insipidus), und bei Frauen sind es Lageveränderungen (bisweilen postoperative) der Gebärmuttter, resp. der Adnexe, die öfteren Harndrang hervorrufen. Abgesehen von einer Infektion durch unsaubere Instrumente ist eine primäre Zystitis — wie erwähnt — sehr selten, und andererseits hat die Blasenschleimhaut eine so große Heilkraft, daß sekundäre Infektionen oft spontan auszuheilen beginnen, sobald der primäre Herd (Niere oder Prostata) beseitigt ist. Der Kern der Betrachtungen des Verfassers liegt darin, daß nur eine sorgfältige zystoskopische, röntgenologische und mikroskopische Untersuchung uns ermächtigt, die Diagnose „Zystitis" zu stellen.

3. Urologische Mitteilungen, von William J. Mallory-Washington. Wer sich für die Geschichte der medizinischen Forschung interessiert, wird in der vorliegenden Arbeit viel Anregung finden. Der Verfasser beginnt mit den Aufzeichnungen, die wir von den Babyloniern 6000 ante Chr. n. haben und verfolgt die bei den einzelnen Volksstämmen vorhandenen historischen Notizen über die Bedeutung der Urinuntersuchung für den Allgemeinzustand der Menschen bis zum Jahre 1913. Er schließt mit dem „hämorenalen Index" Rombergs.

4. Über chronische Prostatitis infolge von Infektion mit dem Neisserschen Gonokokkus, von Claude G. Hoffmann-Louisville. Hoffmann bespricht — wie er im Titel seiner Arbeit ausdrücklich hervorhebt — nur die chronische Prostatitis, welche eine Folgeerscheinung der Blennorrhoe ist; er unterscheidet hier zwei Formen: 1. eine kongestive, sogenannte katarrhalische Entzündung der Drüse und 2. eine mit parenchymatösen und follikulären Entzündungen einhergehende, die oft zu eitrigen und destruktiven Prozessen führt. Die von dem Verfasser angeführten, aus der Literatur entnommenen Zahlen über die Häufigkeit der Prostatitis als Blennorrhoekomplikation bewegen sich um 85—90%; die erheblich geringeren Zahlen liegen sehr weit zurück und sind deshalb wohl nicht ganz maßgebend. Die Frage, ob die Prostata in chronischen Fällen an sich die Bakterien beherbergen kann, oder ob dieselben nur in der Urethra posterior resp. anterior existieren und die Entzündungserscheinungen nur durch die Ductus prostatae fortgeleitet seien, scheint dem Verfasser noch nicht geklärt. Der Verfasser zitiert außer Nohthaft, der nach sorgfältigen Untersuchungen glaubt, daß in seltenen Fällen die Gonokokken ein Jahr nach der Infektion, nie aber länger als drei Jahre in der Prostata existieren könnten, andere Verfasser, die in wenigen Fällen von chronischer Prostatitis gar keine Bakterien, in manchen aber Staphylokokken, Streptokokken und Kolibazillen daselbst gefunden haben. Andere wieder glauben, daß die Urethra posterior ein besonders guter Entwicklungsboden für allerlei Bakterien sei, die dann leicht zu einer akuten Entzündung der Drüsen führen können, während in den chronischen Fällen die Rolle der Bakterien ausgespielt sei und nur noch die Schädigungen, die sie hervorgerufen haben, übriggeblieben wären. Die Diagnose ist — so unangenehm

Digitized by Google

das für den Patienten meist ist — nur durch Einführung des Fingers in das Rektum zu stellen, da aber Größe und Konsistenz der Prostata sehr wechselnd sind, so ist auch auf diesem Wege die Diagnose nicht sicher; teigige Beschaffenheit der Drüse ist immer verdächtig. Besseren Aufschluß gibt das auf diese Weise exprimierte Sekret resp. dessen mikroskopische Untersuchung nach den bekannten Maßnahmen: einen Teil des Blaseninhaltes entleeren lassen, dann die Urethra ausspülen und den nach der Massage erhaltenen Urin zentrifugieren. Die Symptome der chronischen Prostatitis sind meist so wenig ausgesprochen, daß sie zur Diagnose nicht ausreichen, obwohl, wie der Verfasser ausführt, die Erkrankung der Prostata infolge ihrer Lage am Kreuzungspunkt der Urinwege des Genitaltraktus und der Verdauungsorgane eigentlich Beschwerden zeitigen müßte. Von den bekannten — meist geringfügigen — Klagen kommt am meisten eine sonst unerklärliche sexuelle Neurasthenie in Betracht. Über die Differentialdiagnose zwischen blennorrhoischer und sonstiger Prostatitis bringt der Verfasser nichts Neues. Daß ein eventueller Durchbruch eines Prostataabszesses bei weitem am häufigsten in die Urethra, seltener ins Rektum, viel seltener in das umgebende Gewebe erfolgt, belegt Hoffmann mit Zahlen. Die Prognose hängt im wesentlichen von der Blennorrhoe ab; solange in der Urethra Gonokokken existieren, solange besteht die Gefahr einer immer neuen Reinfektion. Was die Therapie anlangt, so bringt Hoffmann nichts Neues; vielleicht ist es interessant, daß er gute Erfolge von Vakzinebehandlung gesehen hat. Zum Schluß hebt er hervor, wie dringend nötig es ist, den Patienten erst nach vielfach negativ ausgefallenen mikroskopischen Untersuchungen auf Gonokokken als geheilt zu entlassen, und er rät, solche Patienten immer nach Intervallen von 2—3 Monaten von neuem gründlich zu untersuchen.

5. Psychologische Studie an einer tribadistischen Gattenmörderin — ein Fall von Lombroso, von Douglas C. Mc Murtrie-New York. Der Verfasser erzählt ausführlich den Fall einer Gattenmörderin, die aus tribadistischen Trieben heraus alle edeln Eigenschaften, die sonst dem Weibe innewohnen, beiseite setzte und, um ihren Gelüsten Befriedigung zu verschaffen, nicht zögerte, ihren Mann zu vergiften, dann zu strangulieren und den Leichnam mit Hilfe eines jungen Liebhabers nach allen Regeln der Kunst zu vierteilen. Diese sexuell-psychopathische Studie ist für den, der sich für diese Fragen interessiert, ein neuer Beitrag und sei dem Betreffenden zum Lesen empfohlen. Während im allgemeinen auf 100 männliche Mörder kaum drei weibliche kommen, ändert sich das Verhältnis völlig in den Fällen, in denen sexuelle, psychopathische Momente den Grund für die Mordtat bilden.

6. Ein Fall von Elefantiasis, berichtet von C. L. Campbell-Atlantic. Der Verfasser hatte Gelegenheit, einen außergewöhnlich schweren Fall von Elefantiasis beider Beine zu beobachten. Er läßt der Beschreibung eine Zusammenstellung aus der Literatur voraufgehen, in der die Ansichten der bedeutendsten Autoritäten über das Zustandekommen, die Entwicklung der Elefantiasis und die verschiedenen Heilmethoden mit ihren Chancen erwähnt werden. Der Fall selbst betrifft ein zurzeit 23jähriges Mädchen, welches als 10jähriges Kind, d. h. vor 13 Jahren, Masern und eine Pneumonie durchgemacht hatte; $^1/_2$ Jahr später (post hoc ergo propter hoc? der Ref.) begannen die Anschwellungen an beiden Knöcheln; trotz sofort eingeleiteter therapeutischer Maßnahmen steigerte sich die Krankheit so, daß zur Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus im Jahre 1914 beide Unterschenkel von der Planta pedis bis zum Knie so vergrößert waren, daß der Umfang der Fußgelenke dem der Wade gleichkam. Die Patientin konnte kaum einige Schritte gehen und nur ganz leichte Pantoffeln tragen. Anamnestisch war außer den erwähnten Erkrankungen (Masern und Pneumonie) nichts Bemerkenswertes; hereditäre Belastung in keiner Weise vorhanden. Der Gesundheitszustand der

Digitized by Google

Patientin war im allgemeinen ein sehr guter, und bis zu den Knien herab an keinem Organe ein pathologischer Befund. Die Röntgenuntersuchung ergab auch an den Gelenken und Knochen der Unterschenkel nichts Abnormes; in den weichen Geweben waren multilokuläre Zysten gefüllt mit seröser Flüssigkeit. Im Laufe von einigen Monaten trat infolge von Anwendung von Hochfrequenzströmen erst allmählich, dann sehr deutlich eine so erhebliche Besserung ein, daß man fast von Heilung sprechen kann.

7. Einige Bemerkungen über die Nägel und ihre pathologischen Veränderungen, von Thos. W. Ross-Portland. Einleitend erörtert Ross das Kapitel des normalen Wachstums und der Histologie der normalen Nägel. Wohlgepflegte, lange Nägel ind ein Vorrecht und ein Zeichen der nicht zur Arbeit mit den Händen gezwungenen, vornehmen Kasten (z. B. bei Hindus und Chinesen findet man Nägel von 18—20 Zoll Länge). Das Wachstum der Nägel ist abhängig vom Alter und der Jahreszeit; sie wachsen durchschnittlich $^1/_8$ Zoll im Monat und schneller in der Jugend als später, und schneller im Sommer als im Winter. Im Durchschnitt braucht ein Nagel 108—160 Tage zum Wachstum von dem halbmondförmigen bis zum freien Rand. Die Nägel der Zehen wachsen fast doppelt so schnell. Die histologische Struktur, die Farbe und die Größe hängen wesentlich von dem Gebrauche derselben bei den verschiedenen Tiergattungen ab (von der Klaue des Vogels bis zum Pferdehuf). Die pathologischen Veränderungen teilt der Verfasser ein in Hypertrophie, Atrophie, Fehlen und Dystrophie der Nägels Die einfache Hypertrophie findet man bei Akromegalie oder bei starkem Druck durch Handschuhe, resp. Schuhe oft in Gemeinschaft mit Deformitäten. Die Atrophie, resp. das Fehlen der Nägel ist oft angeboren und verursacht den befallenen Individuen merkwürdigerweise wenig Unbequemlichkeiten. Erworbene Atrophie trifft man bei hohem Alter, nach Traumen, nervösen Erkrankungen, oder solchen des Blutkreislaufes, nach schweren Infektionen, Pemphigen, Lepra und Lupus. Dystrophie der Nägel ist meist die Folge von Ernährungsstörungen in der Matrix oder dem Nagelbett und zeigt sich in opaquen, entfärbten oder spröden und brüchigen Nägeln. Der Verfasser führt dann ausführlich die einzelnen Allgemeinerkrankungen und Dermatosen auf, die zu Nägeldystrophien führen können. Besonders betont er die Psoriasis, die Syphilis und die parasitären Dermatosen. In letzter Zeit hat man vielfach Schädigungen der Nägel durch X-Strahlen beobachtet, deren Behandlung besonders langwierig ist. Andererseits gehören die Röntgenstrahlen neben Jod- und Teerpräparaten zu denjenigen therapeutischen Verfahren, von denen man bei großer Geduld am ehesten einen Erfolg erwarten kann. Zum Schlusse weist Ross auf die verdienstvollen Arbeiten von Heller-Berlin hin.

8. Ein Brief aus London, von Frank Crackett-La Fayette. Ein höchst interessanter Brief über die Zustände in Londoner Krankenhäusern; obwohl nur schon oft Gesagtes und Beklagtes wiederholt wird, lohnt sich die Lektüre dieses Briefes doch. Zum Referieren ist er nicht geeignet. O. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Beitrag zur Lehre von der Malakoplakie der Harnblase, von Wetzel-Straßburg. (Virch. Arch., 1913, Bd. 214, H. 3.) Verfasser berichtet über einen Fall von Malakoplakie der Harnblase. Es handelt sich um einen Mann, der wegen chronischen Nierenleidens ad exitum kam. Die Schleimhaut der Harnblase war gerötet, in derselben sitzen zahlreiche bis zu 0.5 qcm große, das Niveau um etwa 1—2 mm überragende

Digitized by Google

runde oder ovale dunkle, braunrötliche, stark glänzende Plaques, die zentral vielfach zerfallen sind. Histologisch handelt es sich um eine chronische entzündliche Gewebsveränderung, um eine Zystitis, die zur Schädigung des Epithels geführt hat. Durch Einwirkung des Harns und von Bakterien zeigen sich Proliferationsvorgänge in der Mukosa und Submukosa, Granulationsgewebe, follikelartige Noduli, sogar mit Keimzentrum. Wo tiefere Ulzeration stattgefunden hatte, fanden sich große Zellelemente, deren Herkunft nicht sicher ist. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Ausbildung der Plaques im Gebiete einer Cystitis follicularis chronica. B. Junghanns-Dresden.

Chirurgie der Sanduhrblase, von J. Bentley-Squier-New York. (New York m. J., 23. Mai 1914.) Während kleine Divertikel der Blase ohne weiteres nach der Methode von Lower exzidiert werden sollten, scheint bei größeren (sanduhrförmigen) eine mehr konservative Operation, welche darin besteht, das Divertikel in einen festen oder halbfesten Tumor zu verwandeln und dann transperitoneal zu entfernen, von besonderem Vorteil zu sein. Auf Grund eines Falles, wo bei einem 40jährigen Manne ein außerordentlich umfangreiches und mit der vorderen Mastdarmwand fest adhärentes Divertikel vorhanden war, beschreibt S. diese Operation genauer. Zwei Monate nach der Operation war die Blasenkapazität eine beinahe normale, kein ungewöhnlicher Harndrang mehr vorhanden, die Pyurie fast ganz verschwunden und Patient hat 15 Pfund an Gewicht zugenommen. M. Stern-München.

Zur Totalexstirpation der Harnblase und Versorgung der Ureteren, von Salo Cohn-Berlin. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 47—48.) Bei einem Anilinarbeiter wurde die Blase wegen eines Karzinoms entfernt, in zwei späteren Operationen die Ureteren in die Haut eingenäht. Verfasser bespricht dann eingehend die Frage der Ureterenversorgung und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Totalexstirpation der Blase wird am besten mehrzeitig ausgeführt; die Entfernung wird vorteilhaft vom Perineum aus vorgenommen. Die günstigste Ureterenversorgung ist die Ableitung des Urins durch die Bauchhaut, da dieser Eingriff der leichteste und die Infektionsgefahr am geringsten ist. Hierher gehört auch die doppelseitige Nephrostomie. In zweiter Linie kommt die Implantation in den Darm. Die Patienten sind dabei zwar kontinent, doch kann eine Infektion nicht sicher ausgeschlossen werden. Die Ableitung des Urins in die Vagina, Urethra und das Perineum wird besser fallen gelassen. R. Frühwald-Leipzig.

Über pathologische Harnblasenrupturen, von Felix Block. (Diss. Greifswald 1913.) Mann von 42 Jahren. Weder in der Anamnese noch im klinischen Befund irgend welche Zeichen vorher bestehender Blasenerkrankung. Keine vorhergegangene starke Flüssigkeitsaufnahme. Eine Stunde vor Ruptur Urin gelassen. Ruptur nachts bei Anwendung starker Bauchpresse (Stuhl). Plötzlich starker Schmerz unterhalb des Nabels. Konnte dann keinen Urin mehr lassen. Morgens katheterisiert: blutige Flüssigkeit. Anschwellung des Leibes, Zunahme der Schmerzen. Status: mittels Katheter kein Urin. Leib aufgetrieben, stark gespannt, sehr druckempfindlich. Über ganzen Leib starke Schalldämpfung. Kein Erbrechen. Operation (Sultan). Blasenruptur. An Vorderwand zweipfenniggroßes Loch. Verweilkatheter. Nach sieben Wochen gebessert entlassen. Bald nach Entlassung völlig gesund. Aus diesem Fall und den vom Verfasser aus der Literatur zitierten geht hervor, daß die Diagnose der pathologischen Ruptur im Gegensatz zur traumatischen meist schwer zu stellen ist.

F. Loeb-München.

Über subkutane Blasenruptur, von Gustav Doberauer-Komotau. (Prag. m. W., 1913, Nr. 33.) Verfasser berichtet über zwei von ihm operierte Fälle. In der Anamnese beider Fälle ist übereinstimmend der vorhergegangene Genuß großer Quantitäten Flüssigkeit angegeben, welche neben der gesteigerten Urinsekretion und Füllung der Blase

Digitized by Google

dank ihres Alkoholgehaltes das prädisponierende Moment der Trunkenheit ergeben. Der Fall I erlitt dabei ein Trauma, indem er in eine offene Kellerfalltür derart stürzte, daß er mit dem Unterleib gegen die Kante des Türrahmens fiel. Im zweiten Falle war ein Trauma nicht nachzuweisen, der Mann war betrunken auf der Straße aufgelesen worden; es dürfte das einfache Hinfallen des betrunkenen Mannes auf der Straße die Verletzung herbeigeführt haben. G. Heymann-Elbing.

Ein Fall von traumatischer Blasenruptur, von Pier Luigi della Torre. (Riforma med., 1914, Nr. 20.) Eingehende Beschreibung eines Falles. Der Patient war von einem fahrenden Wagen gestürzt und überfahren worden. Die Räder gingen ihm über die Hüften und die hypogastrische Region. Nach dem Unfalle konnte der Patient noch klaren Urin lassen und sich allein nach Hause begeben. Allmählich entstanden aber Schmerzen im Leibe, quälender Harndrang, Muskelspannung, der Urin wurde blutig. Patient wurde daraufhin ins Krankenhaus geschafft und operativ geheilt.

R. Frühwald-Leipzig.

Spontane Harnblasenzerreißung, von Ernst Moser-Zittau. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 132, H. 1—2.) Der Verfasser beschreibt einen Fall plötzlicher Blasenruptur, als dessen hauptsächliche Ursache er eine Prostataerkrankung ansieht. Bei der Operation wurde die Prostata entfernt, wonach sofort die bisher recht starke Blutung stand. Gerade die Vergrößerung des sogenannten mittleren Prostatalappens pflegt die größten Störungen der Blasenentleerung auszulösen. Die weitere Folge ist dann eine Dehnung der Blasenwand mit folgender Erkrankung der Muskulatur. Neben der Prostatahypertrophie bilden die Harnröhrenstrikturen die Ursache der Blasenzerreißung, abgesehen von den traumatischen Rupturen. Eine Schädigung der Blasenwand als Ursache der Ruptur liegt auch in den Fällen von Zerreißung von Blasennarben. Ebenso bei eitriger Zystitis, wobei Ulzerationen zu Perforationen führen können. Verfasser gedenkt der in der Literatur niedergelegten Fälle verschiedenster Ursachen, wie Ulzeration nach Erysipel, Lipomatose, ferner infolge starken Anziehens der Bauchpresse.

W. Chrzelitzer-Posen.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Anästhesierung auf endovenösem Wege, von William Francis Honan und J. Willis Hassler-New York. (Ann. of Surgery, Dez. 1913.) Zum Referieren nicht geeignet. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Der Urologe Prof. Josef Englisch, emeritierter Primararzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Rudolfstiftung in Wien, ist gestorben.

Dr. Theodor Spietschka, Primararzt der dermatologischen Abteilung der mährischen Landeskrankenanstalt und a. o. Professor für Gewerbehygiene an der deutschen technischen Hochschule in Brünn, ist am 7. Mai, 51 Jahre alt, an Gehirnschlag gestorben. Er war in den neunziger Jahren als Assistent der Klinik von F. J. Pick und als Privatdozent für Dermatologie an der deutschen Universität in Prag tätig. Außer verschiedenen meist im Arch. f. Derm. u. Syph. erschienenen Fachaufsätzen (über Ätiologie der Bubonen, Blutbefunde bei Purpura haemorrhagica, Acanthosis nigricans usw.) veröffentlichte er ein Buch über Pflege der Haut (mit A. Grünfeld-Odessa).

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

29. Mai 1915 | Nr. 22 | Band 60

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über Infektiosität des Blutes bei latenter (erworbener) Syphilis mit negativer Wassermannscher Reaktion.

Von

Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald, Assistent der Klinik.

Es ist mir zuerst gelungen, das Blut eines latentsyphilitischen Patienten mit positivem Wassermann erfolgreich auf Kaninchen zu übertragen; in einer zusammenfassenden Arbeit (1) habe ich drei positive Fälle anführen können (zwei von mir, einen von Uhlenhuth und Mulzer). Meine in dieser Richtung fortgesetzten Versuche haben nun wieder zu einem positiven Resultate geführt, über das ich im folgenden berichten will.

Pat. E. Qu., 23jähr. Prostituierte, kam am 22. VI. 1914 zum ersten Male in die Klinik mit einem weichen Geschwüre an der hinteren Kommissur und Primäraffekten am rechten großen und kleinen Labium. Wassermann +. Sie erhielt 4 × 0,75 Neosalvarsan intravenös und 20 intramuskuläre Injektionen von Hg cyan. 1%. Am 18. VII. 1914 wurde sie ohne Erscheinungen entlassen. Wassermann —.

29. IX.—26. X. 1914 lag sie in der medizinischen Klinik wegen Ikterus. Wassermann —.

Wiederaufnahme: 4. XII. 1914: Condylomata acuminata. Keine klinischen Zeichen von Syphilis. Wassermann 5. XII. 1914 —.

Wiederaufnahme: 5. II. 1915: Fluor non gonorrhoicus. Keine klinischen Zeichen von Syphilis. Wassermann 9. II. 1915 +. Keine antisyphilitische Behandlung. Am 19. II. 1915 wurde Blut auf zwei Kaninchen verimpft. Wassermann —.

Wiederaufnahme: 19. III. 1915: Gonorrhoe, Ulcera mollia ad vaginam et portionem vagin. uteri. Außerdem fand sich am linken kleinen Labium innen ein hanfkorngroßer, seichter Substanzverlust von braunroter Farbe, nicht belegt. Die Basis war etwas derb. Sprach schon das klinische Aussehen für eine syphilitische Papel, so wurde diese Diagnose durch den positiven Spirochätenbefund im Dunkelfelde bestätigt.

Tierversuch: Am 19. II. 1915 wurden je 2 ccm defibrinierten Blutes den Kaninchen 257 und 258 in die Hoden injiziert. Am 20. IV. wies K. 258 im oberen Teile des rechten Hodens eine wenig ausgesprochene, nicht scharf begrenzte Verdickung auf. Die Punktion ergab im Dunkelfelde mäßig reichliche typische Spirochaetae pallidae.

Dieser Fall ist in verschiedener Beziehung bemerkenswert. In klinischer Hinsicht zeigt er die — allerdings nicht neue — Tatsache, daß sich Syphilisrezidive in so unscheinbarer und geringfügiger Form manifestieren können, daß sie leicht übersehen werden können. Es fand sich bei

Digitized by Google

dieser Kranken neben den weichen Geschwüren lediglich ein hanfkorngroßer Substanzverlust; er war der Patientin völlig entgangen und auch bei der polizeilichen Kontrolle übersehen worden. Man sieht daraus, wieviel wir auf die Angaben syphilitischer Patienten, sie seien durch eine gewisse Zeit hindurch symptomlos geblieben, geben dürfen. Nur die häufig wiederholte, eingehendste spezialärztliche Untersuchung kann halbwegs Sicherheit über Symptomfreiheit geben.

In therapeutischer Beziehung ist bemerkenswert, daß die beim ersten Krankenhausaufenthalte bis zum Negativwerden der Wassermannschen Reaktion durchgeführte Frühbehandlung im primären Stadium nicht imstande war, ein baldiges Rezidiv zu verhindern. $6^1/_2$ Monate nach Beendigung der Behandlung erlitt die Patientin ein serologisches Rezidiv, sechs Wochen später ein klinisches. Wenn aber, was nicht ausgeschlossen ist, der Ikterus im Herbste 1914 syphilitischer Natur war, stellen sich die Verhältnisse noch ungünstiger dar.

Am bedeutungsvollsten ist aber der experimentell nachgewiesene Spirochätengehalt des Blutes — chon an und für sich, da dieser Fall erst der vierte ist, bei dem im latenten Stadium Spirochäten im Blute gefunden wurden. Besonders aber hervorzuheben ist, daß das Blut im Augenblicke der Verimpfung negative Wassermannsche Reaktion aufwies[1]). Nun ist uns ja die Infektiosität des Blutes bei negativem Wassermann nichts Unbekanntes; im primären Stadium vor dem Positivwerden des Wassermanns (vor der sechsten Woche) ist das Blut spirochätenhaltig; ferner habe ich (2) über einen Fall von Rezidivexanthem mit Papeln berichtet, der negativen Wassermann, aber Spirochäten im Blute hatte. Für das latente Stadium ist aber ein gleicher Befund noch nicht erhoben; es ist also mein neuer Fall der erste latente Fall, der bei negativem Wassermann Spirochäten im Blute führte[2]). Die bisherigen drei Fälle hatten alle positiven Wassermann. Es war ihnen gegenüber immer der Einwand möglich, daß sie wegen des positiven Wassermanns keine rein latenten Fälle darstellen; nun ist aber auch dieser Einwand gefallen und die Möglichkeit der Infektiosität des Blutes bei absoluter Syphilislatenz erwiesen.

---

[1]) Kurz vorher war sie allerdings positiv. — [2]) Das von Loewy-München verfaßte Referat über meine Diskussionsbemerkung zu Nonnes Vortrag bei der Naturforscherversammlung 1913 (M. m. W., 1913, S. 2481), demzufolge ich über positive Infektionsversuche im latenten Stadium bei negativem Wassermann berichtet hätte, beruht auf einem Irrtum, da ich ausdrücklich gesagt hatte, daß in dem von mir angeführten Falle der Wassermann positiv war (s. Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 119, T. 1, S. 290). Erst durch meinen jetzigen Fall wird die mir zugeschobene Behauptung, die auch in die dritte Auflage von Nonnes „Syphilis und Nervensystem" übergegangen war, zur Wahrheit gemacht.

Digitized by Google

In meiner oben erwähnten Arbeit (1) hatte ich naturgemäß die Frage erörtert, was der Spirochätengehalt des Blutes Latentsyphilitischer für die Syphilispathologie zu bedeuten habe, doch konnte auf Grund des geringen Materials eine Entscheidung nicht getroffen werden. Der neue Fall kann diese natürlich auch noch nicht bringen; dennoch aber enthält er verschiedene Tatsachen, die uns dem Verständnisse vielleicht näher bringen.

Kurz wiederholt, kamen drei Erklärungsmöglichkeiten in Betracht. Entweder hängt der positive Spirochätengehalt des Blutes mit dem positiven Wassermann zusammen, oder er ist der Vorbote eines klinischen Rezidivs, oder er ist ein Zeichen von unregelmäßigen Spirochätenschüben über den Organismus, die mit keinen sichtbaren Syphilismanifestationen im Zusammenhange stehen. Die erste Annahme ist nunmehr endgültig abgetan. Für die zweite konnte ich aus den drei ersten Fällen keine einwandsfreien Anhaltspunkte gewinnen. Der Fall Uhlenhuth-Mulzer spricht ja allerdings für sie; denn die Patientin, von der das Blut stammte, wies 3 Tage nach der Blutentnahme ein Exanthem auf. Allerdings habe ich gegen diesen Fall einige in der erwähnten Arbeit (1) ausgeführte Bedenken, so daß ich ihn nicht einwandfrei benutzen konnte. Meine beiden ersten Fälle waren in dieser Hinsicht nicht verwertbar.

Dagegen scheint mein neuer Fall doch die Annahme, daß Spirochäten im Blute eines Latentsyphilitischen die Vorboten eines Rezidivs sind, zu bekräftigen. Die Patientin, die durch ein halbes Jahr nach der Behandlung negativen Wassermann gehabt hatte, wies plötzlich positive Reaktion auf. Dieses Umschlagen von der negativen zur positiven Reaktion wird ja allgemein als Anzeichen eines drohenden Rezidivs aufgefaßt. Das war für mich auch der Grund, das Blut dieser Patientin zu verimpfen. Der Impfversuch erwies das Vorhandensein von Spirochäten im Blute, und genau vier Wochen später hatte die Patientin ein klinisches Rezidiv.

Nun erhebt sich aber die Frage: hängt diese Anwesenheit der Spirochäten im Blute mit dem nachher festgestellten Rezidiv — eine Papel am kleinen Labium — zusammen? Damit kommen wir auf die Frage der Pathogenese der Syphilisrezidive. Man kann sich diese durch stets neue Disseminierung des Virus von einem Depot (Drüsen) aus, oder durch Proliferation in loco zurückgebliebenen Virus oder durch Kombination beider Arten entstanden denken. In der Vorspirochätenzeit sind von Is. Neumann und anderen histologische Residuen nach syphilitischen Effloreszenzen gefunden worden; später wurden in solchen Resten auch Spirochäten entdeckt, und es ist auch gelungen, Tiere mit ihnen zu infizieren. Das Vorhandensein von infektionstüchtigen, in loco zurückgebliebenen Virus ist also erwiesen. Andererseits haben positive Infek-

Digitized by Google

tionsversuche am Tiere mit dem Blute von Patienten mit Rezidivexanthemen und Papeln oder lediglich mit Papeln am Genitale oder im Munde das Vorkommen von Spirochätenschüben auch in der sekundären Periode gezeigt. Ich glaube nun, daß mein Fall auch für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen Spirochätenschüben im Blute und dem klinischen Rezidiv spricht.

Ich gebe zu, daß es schwer, ja direkt gezwungen erscheint, sich vorzustellen, daß eine Spirochäteninvasion über den Organismus so ein winziges Rezidiv hervorbringt, wie die hanfkorngroße Papel bei meiner Patientin. Es ist ja immerhin noch die dritte, oben erwähnte Möglichkeit vorhanden, daß von einem Depot aus unregelmäßige Spirochätenschübe über den Körper erfolgen, die keine kutanen Symptome hervorrufen, und daß sich nebenbei aus Virus in loco ein Rezidiv entwickelt.

Immerhin ist in meinem Falle die konstatierte, ich möchte fast sagen konsequente Aufeinanderfolge: Umschlag des negativen Wassermanns zum positiven, Spirochätengehalt des Blutes, klinisches Rezidiv so auffällig, daß ihre Bedeutung für die Pathogenese der Syphilisrezidive nicht a limine abzuweisen ist.

Natürlich müßten noch mehrere ähnliche Fälle beobachtet werden, ehe man ihnen eine beweisende Bedeutung zuschreiben könnte. Es wird allerdings schwer halten, deren eine größere Anzahl so eingehend studieren zu können. Es ist dies ja fast ausschließlich bei Prostituierten der Fall; aber auch bei diesen ist es nicht ganz sicher, denn hätte z. B. meine Patientin nicht zufällig Gonorrhoe gehabt, wäre ihr Syphilisrezidiv vielleicht gar nicht zu meiner Beobachtung gelangt.

Auch hinsichtlich der Klinik der Kaninchensyphilis ist der Fall bemerkenswert und zwar wegen der Kleinheit des Impfaffektes. Wenn man Kaninchen mit dem Blute florid-syphilitischer Menschen (primäres und sekundäres Stadium) impft, so manifestiert sich der positive Erfolg in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in einer Orchitis circumscripta; man fühlt einen scharfumschriebenen, linsen-, kirschkern-, ja sogar haselnußgroßen Knoten. Seitdem ich aber Impfungen mit einem Materiale vornehme, das offenbar spirochätenarm (Liquor, Blut Latentsyphilitischer) ist, mache ich die Beobachtung, daß sich die Impfaffekte nicht so schön und deutlich darstellen. So war es auch im vorliegenden Falle; es war kein scharfumschriebener Knoten zu tasten, sondern nur eine undeutliche, unscharfe, geringe Verdickung. Ich war angesichts dieses Befundes überzeugt, daß kein positives Resultat vorliege und punktierte nur der Vollständigkeit halber. Ich erwähne dies deswegen, da es möglich ist, daß anderen Autoren und mir manche positive Resultate entgangen sind und entgehen. Die Erkennung einer syphilitischen Kaninchenorchitis,

Digitized by Google

wie man sie sonst findet, erfordert immerhin eine gewisse Erfahrung. In dem genannten Falle hat mich diese Erfahrung aber im Stich gelassen und das Resultat der Punktion stand, wie schon wiederholt, im Widerspruch mit meiner Ansicht auf Grund des Tastbefundes. Man befindet sich förmlich zwischen zwei Stühlen: auf der einen Seite steht die von UHLENHUTH und MULZER erhobene Tatsache, daß durch die Punktionen die Spirochäten aus den Hodenveränderungen rasch verschwinden; andererseits soll man auch die kleinste Verdickung punktieren, um sich kein positives Resultat entgehen zu lassen.

Wollte ich aus dem vorliegenden Falle die striktesten Folgerungen für die ärztliche Praxis ziehen, so wären diese geradezu trostlos. Nichts kann dem Operateur, Geburtshelfer usw. im gegebenen Falle die Gefahr einer Infektion mit Blut voraussagen, da Latentsyphilitiker ohne jegliche Erscheinungen und mit negativem WASSERMANN Spirochäten im Blute führen können. Dagegen kann ich auf meinen früher erhobenen Befund hinweisen, daß beim Kaninchen nur bei Verimpfung von 1 ccm ein positiver Erfolg eintritt.

Literatur.

1. FRÜHWALD, Über die Infektiosität des Blutes im latenten Stadium der erworbenen Syphilis. Derm. W., 1914, Bd. 59, Nr. 48. — 2. FRÜHWALD, Über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer. W. kl. W., 1913, Nr. 42 (Versuch XII).

Beiträge zur Histopathologie der Tierhaut.

Von

LOUIS MERIAN, Zürich.

(Mit 1 Abbildung.)

5. Chronische Dermatitis an allen vier Schienbeinen vom Pferd.

Auch von diesem Fall konnten mir leider keine näheren Angaben gemacht werden.

Mikroskopischer Befund (vgl. Fig. 1). Schon bei der Betrachtung des Schnittes mit schwacher Vergrößerung sieht man, daß das ganze Präparat sich eigentlich aus zwei verschiedenen Partien zusammensetzt, einer hochaufgetürmten, kammartig gewucherten Hornschicht und einer zweiten, nämlich der sehr stark in die Kutis gewucherten Stachelschicht. Die erste Schicht ist offenbar erst durch die Präparation in hochaufstrebende, säulenartige Hornfortsätze auseinandergewichen. Bei starker Vergrößerung sieht man, daß diese pallisadenförmigen Gebilde aus vielen übereinandergeschichteten Zellagen bestehen, welche zusammen etwa

Digitized by Google

100mal so hoch sind, wie die normale Hornschicht. Diese säulenartigen Gebilde setzen sich auf eine gewucherte Stachelschicht auf und bauen sich aus Hornzellen, welche zum Teil hochgradig geschwollen sind und dazwischen eingelagerten Leukozytenherden auf. Jede einzelne von diesen Säulen besteht aus einer Summe von über die Fläche gebogenen, kleinen Hornlamellen, welche nach außen konvex und nach innen konkav sind. Jede höhere dieser Lamellen sitzt mit ihrer konkaven der konvexen Seite der untern Hornlamelle fest auf, etwa wie Hüte aufeinander gestapelt zu werden pflegen. Im ganzen hat also eine jede Säule einen geschichteten und zugleich kuppelförmigen Bau. Wo im Präparate mehrere dieser Säulen aneinander haften geblieben sind, bemerkt man, daß die sie miteinander verbindenden Hornlamellen umgekehrt gebogen sind, mit der Knickungsstelle nach unten, mit dem offenen Winkel nach oben, so daß die Hornlamellen zwischen den Säulen ineinandergesteckten Tüten gleichen. Es fällt sofort auf, daß diese Hornsubstanz zwischen den Säulen aus lauter dünnen, kompakten, nicht geschwollenen Hornzellen besteht.

Fig. 1.
H.S. = Hornsäulen, H. = Lagerung der Hornlamellen zueinander deutlich sichtbar, P = hypertrophische Papillen als Fundament der Hornsäulen, Bl.H. = bläschenförmig gequollene Hornzellen, L.H. = lufthaltige Hornzellen, L. = Leukozyten, St. = Stachelschicht.

Man kann diese ganze veränderte Hornsubstanz mithin als einen regelmäßigen Wechsel von geschwollenen, kuppelförmigen, in die Höhe getriebenen Hornzellen und dünnen nach der Tiefe eingeknickten Hornlamellen beschreiben. Vergleicht man nun diese wechselnden Partien der Hornsubstanz mit der darunterliegenden Oberhaut und Kutis, so ergibt sich, daß die Säulen als Fundamente stets eine Papille besitzen, während die Zwischensubstanz sich aus der Tiefe der interpapillären Stachelschicht erhebt. Diese merkwürdige Umwandlung der Hornzellen ist mithin die Folge der stärkeren Zufuhr von Ernährungsflüssigkeit, welche von den Papillen in die Hornmasse aufsteigt. Hiermit stimmt es gut überein, daß die herdförmigen Leukozyteneinlagerungen ebenfalls nur innerhalb der Säulen, oberhalb der Papillen sich befinden. Der ganze bisher geschilderte Aufbau der Hornschicht entspricht genau dem Aufbau der Hauthörner des Menschen, wie er schon lange bekannt und gut beschrieben ist. Man hat ihn auch wohl die Markbildung innerhalb der Hauthörner benannt und ihn mit der Markbildung der Tierhörner verglichen. Tatsächlich handelt es sich aber um einen anderen, einen pathologischen exsudativen Prozeß an der Oberfläche einer durch Akanthose und Hyperkeratose stark verdickten Haut. Die Akanthose schafft erst

Digitized by Google

ein dickes Epithelpolster, wie wir es in Fall Dermatitis verrucosa vom Pferd beschrieben haben, welches von der Oberfläche auf die oberen Teile der Haarbälge übergreift. Alles andere ist Folge der hinzutretenden Hyperkeratose, d. h. eines abnorm starken Zusmmenhaltens der Hornzellen, welche notwendig zu einer Aufstaplung derselben führen muß. An den mehr trockenen Stellen der Oberhaut, speziell auch den Ausführungsgängen der Haarbälge entsprechend, steigt die Verhornung in die Tiefe, indem sie von oben her die Stachelschicht einengt. An Stelle der Papillen dagegen, über den saftreichen Stellen der Stachelschicht, bilden sich sekundäre pathologische Veränderungender schon gebildeten Hornschicht aus, die wir soeben als kuppelförmig geschichtete Säulen beschrieben haben. Mit den elementaren Veränderungen der Hornzellen an diesen Stellen müssen wir uns noch kurz beschäftigen.

Die markähnliche Erweichung der Hauthörner und hauthornähnlichen Bildungen, welche schon Virchow bekannt war und 1879 von Unna ausführlicher beschrieben ist, hat früher viel Auffälliges besessen. Es war eben schwer, sich zu denken, daß völlig verhornte Zellen durch ein seröses Exsudat in sehr große, blasenähnliche, mit Flüssigkeit gefüllte Höhlen umgewandelt werden. Dieser Vorgang wurde schon einigermaßen erklärt, als Unna fand, daß die Verhornung gar nicht die ganze Hornzelle befällt, sondern nur einen peripheren Randsaum der Zelle. Das genauere Detail dieser Hornerweichung wurde aber erst vollkommen verständlich, als Unna und Golodetz nachwiesen, daß das Innere der Hornzellen zum größten Teil von einem leicht löslichen, albumosenartigen Eiweiß erfüllt ist. Diese Hornalbumosen sind in Wasser leicht löslich, können aber mit den Eiweißkörpern der Lymphe körnige Niederschläge ergeben. Je nachdem nun der Hornzelleninhalt mit mehr oder weniger Lymphe in Berührung gekommen ist, kann die Schwellung eine ganz rein seröse homogene, oder eine mehr körnige sein. Beide Formen finden wir in buntem Wechsel in den kugelförmigen Schichten vor. Die körnigen Präzipitate in manchen Hornzellen hat Unna beim Hauthorn schon im Jahre 1879 unter dem Namen der „nukleären Degeneration" beschrieben, da die Eiweißkörnchen in ihrer Tingibilität mit Kernbröckeln Ähnlichkeit hatten. Natürlich sind diese Eiweißniederschläge in den Hornzellen nicht mit wirklichen Kernbröckeln der in die Oberhaut eingewanderten und bei der Verhornung mit vorgeschobenen Leukozyten zu verwechseln. Selbstverständlich kann es durch den Prozeß der serösen Durchtränkung der Hornzellen zu einer völligen Auslaugung derselben kommen. Es entstehen dann geradezu lufthaltige Zellen, deren Wände ein Zusammenfallen der Zellen verhindern.

Die Veränderungen in der Oberhaut und Kutis unterhalb dieser Horngebilde bestehen in einer starken Gefäßerweiterung und Blutüberfüllung des Papillarkörpers, wobei die Papillenköpfe mächtige Kapillar-

Digitized by Google

erweiterungen zeigen, sodann in der schon erwähnten Akanthose der Stachelschicht der Oberfläche und der oberen Teile der Haarbälge. An einigen Stellen, nämlich ebenfalls oberhalb der Papillenköpfe, treten in der Stachelschicht intrazelluläre Lücken auf, die hier und da das bekannte Bild der Spongiose, einer schwammähnlichen Veränderung der Stachelschicht, ergeben. In der Kutis findet sich eine leichte Hypertrophie der Spindelzellen, die aber nicht zur Bildung von Plasmazellen führt. Mastzellen kommen nur selten vor. Eine Kokkenansammlung in den höheren Lagen der Hornschicht, wie beim Ekzem, ist nicht vorhanden.

Fassen wir kurz zusammen, so handelt es sich um einen einfach serös entzündlichen Prozeß der Haut, bei welchem die Oberhaut zunächst eine einfache Verdickung zeigt und weiterhin durch Hinzutreten von Hyperkeratose zu einer hornhautähnlichen Auftürmung der Hornschicht führt. Die seröse Exsudation hat nicht den Charakter des Ekzems, sondern den einer einfachen Entzündung. Die Bezeichnung als „Dermatitis chronica" ist also durchaus berechtigt.

6. Dermatitis verrucosa vom Pferd.

Das mir von diesem Fall zur Verfügung vorliegende Stück zeigt nur an einzelnen Stellen die Hornschicht in Gestalt einer dicken Kruste erhalten. Diese zeigt ein sehr verschiedenes Verhalten. An einzelnen Stellen besteht sie nur aus kernhaltiger Hornschicht (Parakeratose), in der sich mit basischen Farben nur die Kerne färben. An anderen Stellen, die sich mit Methylenblau grün färben, enthält die Hornschicht Einsprengung von geronnenem Serum und Fibrin. In diese hinein wuchern nun von oben her bedeutende Schwärme von Kokken, die sich mit Methylenblau blauschwarz färben. Stellenweise folgen nun innerhalb der Kruste schichtenweise mehr hornige oder mehr fibrinöse Lagen. Diese Verschiedenheit wird noch durch die unregelmäßigen Einsprengungen erhöht. Ich mache auf diesen Punkt besonders aufmerksam, weil der Fall von „chronischer Dermatitis" dieselbe schichtenweise Anordnung der Kruste in noch viel größerem Maße zeigen wird. Wo die Krusten im ganzen abgefallen sind, findet eine mehr oder weniger tiefgehende Nekrose der obersten Stachelzellen mit Zell- und Kernzerfall und Einwanderung verschiedener Eiterorganismen statt. Dort, wo die Krusten besonders viel Serum enthalten, lagern sie einer in ihren höheren Lagen spongiotisch veränderten Stachelschicht auf. Größtenteils bildet die Basis eine einfach hyperkeratotische Stachelschicht. Diese Hypertrophie der Stachelschicht ist nun aber in einem besonders hohen Grade auf der ganzen erkrankten Partie ausgebildet und führt zu verschiedenartigen Gestaltungen derselben. Hier müssen wir in erster Linie solche, welche viel Haare zeigen, von jenen unterscheiden, die relativ haarfrei sind. An den letzteren kommt

Digitized by Google

es zunächst zu einer sehr dicken, suprapapillären Stachelschicht von etwa 40 bis 50 übereinandergeordneten Lagen von Stachelzellen, in welche von unten her nur einzelne sehr schmale Papillen verschieden weit hineindringen.

Wo dagegen viele Haarbälge getroffen sind, befällt die Akanthose eigentlich nur deren obersten Teil, so daß von einer dickeren suprapapillären Stachelschicht nicht gesprochen werden kann. Die wuchernde Epithelmasse ist hier gleichsam in die Ausführungsgänge der Haarbälge versenkt, die dadurch fast bis zur Berührung angeschwollen sind. Die zwischen ihnen ausgesparten sehr dünnen Papillen sind sehr reich an Mastzellen, die sich durch verwaschene Höfe auszeichnen. Bei den nach der PAPPENHEIM-UNNAschen Methode gefärbten Schnitten fällt unterhalb des Epithels ein Zellinfiltrat auf, das, wenn auch aus sehr spärlichen, aber um so schöner ausgebildeten Plasmazellen zusammengesetzt ist. Neben den pflastersteinförmigen, wohlausgebildeten Plasmamutterzellen finden sich auch Plasmatochterzellen und Übergangsformen zu Spindelzellen. Da in der Tierpathologie diese Zellen noch weniger bekannt sind, mögen einige historische Notizen darüber hier am Platze sein.

Die Plasmazellen wurden bekanntlich von UNNA im Jahre 1892 entdeckt. Nach UNNA sind die Plasmazellen Bindegewebszellen, welche sich von den übrigen Bindegewebszellen durch ihren Reichtum an Granoplasma unterscheiden. UNNA sagt: „Die Plasmazellen sind im großen und ganzen als einseitig hypertrophische Bindegewebszellen zu definieren, in denen der körnige Bestandteil des Protoplasmas (Granoplasma) maximal vermehrt ist.“ UNNA und GOLODETZ konnten neuerdings zeigen, daß letzterer aus einer Albumose, der Zytose, besteht. Was die Herkunft der Plasmazellen anbelangt, so zeigt die mikroskopische Untersuchung, daß sie aus gewucherten Bindegewebszellen entsteht, und daß nur diese histogene Abstammung als die einzig mögliche anzusehen ist.

Wir finden in unserem nach der PAPPENHEIM-UNNAschen Methode gefärbten Präparat, bei Betrachtung eines Plasmoms mit starker Vergrößerung, neben wohlausgebildeten pflastersteinförmigen Plasmazellen folgende aus Bindegewebszellen sich ableitende Übergänge: an einer Stelle trifft man auf eine Spindelzelle, die noch mit einem langen Ausläufer mit der aus ihr sich abschnürenden, kubisch geformten Plasmazelle in Verbindung steht. Daneben findet man Stellen, an welchen sogenannte Brutzellen vorkommen. Die Brutzellen sind stark aufgetriebene Spindelzellen mit Ansammlung von Granoplasma im Zellenleib und von Chromatin in den häufig vermehrten Kernen. Die aus der Brutzelle entstandenen vier Plasmazellen lösen sich aus ihrem gegenseitigen Verbande los; die sie zuerst noch verbindenden Ausläufer bilden sich zurück; die Plasmazellen liegen dann als voneinander getrennte, kubische Zellen nebeneinander.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliograficas.

Dezember 1914 bis Januar 1915, 7. Jahrgang, Nr. 2.

1. Die Pasten von Dohi und Joseph in der Dermatologie, von E. Alvarez Sáinz de Aja und M. Forns y Contera. Eitrige Ekzeme werden durch die genannten Pasten außerordentlich rasch geheilt, wenn vorher die Krankheitsherde durch Umschläge gereinigt und desinfiziert wurden. Bei intertriginösem Ekzem wird die Exsudation vermindert; sind sie im erosiven Stadium, so heilen die Substanzverluste in kurzer Zeit. Auf seborrhoische Ekzeme haben die Pasten aber geradezu elektive Wirkung; jene, namentlich wenn sie Gelenkfalten befallen, sind daher auch die Hauptanwendungsgebiete. Bei Ekzem aus äußeren Ursachen (professionelle Ekzeme) werden die einzelnen Schübe zur Abheilung gebracht, doch werden die Rezidive nicht verhindert. Nässende Ekzeme aus innerer Ursache (Autointoxikation) können nur durch innerliche Behandlung geheilt werden; die Pasten können nur die Symptome beseitigen.

2. Technik der intravenösen Neosalvarsaninjektionen, von Juan de Azúa. Angabe eines Instrumentariums. Durch Einschaltung eines Kristallstückes soll erkannt werden, ob die Nadel richtig in der Vene liegt und soll die Injektion eines Blutgerinnsels vermieden werden.

3. Über einen Todesfall durch graues Öl, von José S. Covisa. Die 39jährige Patientin hatte wegen syphilitischer Kopf- und Gelenkschmerzen sechs Injektionen von grauem Öl bekommen. Als sie in die Behandlung des Verfassers kam, wies sie eine schwere ulzeröse merkurielle Stomatitis auf. Unter lokaler Behandlung besserten sich die Geschwüre, nur eines, auf dem hinteren Zungendrittel, blieb resistent. Infolge der dadurch bedingten schlechten Zirkulationsverhältnisse schwollen die beiden vorderen Drittel enorm an, so daß schließlich die Zunge weit aus der Mundhöhle herausragte. Gleichzeitig stellte sich Trismus ein, so daß die Zähne sich in die Zunge einbohrten und der Kranken große Schmerzen bereiteten. Durch lokale Behandlung wurde aber schließlich auch die Zungenulzeration günstig beeinflußt und die derbe Schwellung ging zurück. Dagegen breiteten sich die weiter hinten befindlichen Geschwüre aus, griffen auf den Kehlkopf über und verursachten Atembeschwerden und Erstickungsanfälle. Einem solchen erlag die Kranke plötzlich eines Nachts, als sie ein Glas Milch trinken wollte. Die inneren Organe (Nieren) waren völlig intakt.

4. Zwei Todesfälle durch graues Öl, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Der erste Fall betraf eine 35jährige Patientin, die wegen syphilitischer Meningomyelitis fünf Spritzen von grauem Öl erhielt. Es stellte sich Albuminurie und schwere Stomatitis mercurialis ein. Da der Allgemeinzustand eine energische Therapie verlangte, wurde Salvarsan gegeben. Die syphilitischen Erscheinungen, aber auch die Ulzerationen im Munde und die Albuminurie gingen zurück. Dagegen stellten sich Blutungen im Rachen und Blutbrechen ein, denen Patientin schließlich erlag.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 26jährige Frau, die mit drei Spritzen grauen Öls behandelt worden war. Bei der Aufnahme litt sie an schwerer Stomatitis und Albuminurie. Durch lokale Therapie wurde bedeutende Besserung erzielt, als plötzlich wieder Verschlimmerung eintrat. Es trat enormer Speichelfluß und hochgradige Schwellung der hinteren Rachengebilde auf; Patientin konnte nicht schlucken und bekam schließlich starke Atemnot, die eine Tracheotomie notwendig machte. Der Zustand

Digitized by Google

verschlechterte sich ständig, die Albuminurie stieg, es traten Durchfälle auf, und schließlich starb die Kranke.

5. Eine Amme mit multiplen syphilitischen Schankern der Brustwarze durch einen Erbsyphilitischen, von I. Artadi. Eine 48jährige Frau nahm neben ihrem Kinde noch das von Nachbarn an die Brust; ersterem gab sie die rechte, letzterem die linke Brust. Nach $1^1/_2$ Monaten traten an der linken Brust und Brustwarze Geschwüre auf, die unter einfacher Therapie nicht heilten. Deshalb ging die Patientin nach Madrid; es fanden sich sechs typische harte Schanker an der Basis der Warze, in der Areola und auf der Haut der Mamma. Sie waren teils seicht, teils vegetierend; die Achseldrüsen waren typisch geschwollen. Heilung durch Quecksilberbehandlung. Die Ausforschung ergab, daß das Pflegekind Geschwüre an den Beinen, Händen und an der Genitoanalregion hatte; die Mutter hatte zweimal abortiert. Das Kind der Patientin war auch angesteckt worden.

6. Phagedänische venerische Schanker des Anus und der Interglutäalfurche, von M. Forns. Die 22jährige Prostituierte war gelegentlich eines perversen Geschlechtsaktes am After infiziert worden; in der Absicht, dies zu verheimlichen, unterzog sie sich keiner Behandlung, so daß die Läsionen enormen Umfang annehmen konnten. Es fanden sich fissuriforme weiche Schanker am Anus, sowie Inokulationsgeschwüre in der Rima ani; diese hatten schließlich ein handtellergroßes, phagedänisches, stark nekrotisch belegtes Geschwür gebildet, das wie ein Dekubitus aussah. Heilung durch lokale Therapie.

7. Akute Enzephalitis nach Neosalvarsan, von Ramiro González Agustina. Der 49jährige Patient mit einer 22 Jahre alten Syphilis wurde von einem korymbiformem papulo-pustulösem Syphilid befallen. Er erhielt innerhalb von 14 Tagen drei Spritzen graues Öl und drei intravenöse Neosalvarsaninjektionen zu 0,3, 0,45 und 0,6. Vier Stunden nach der letzten Schüttelfrost, Atemnot und Zittern. Am nächsten Tage heftige Kopfschmerzen, Unwohlsein, Erbrechen, häufig wiederkehrende klonische Krämpfe, völlige Obstipation. Am folgenden Tage noch Kopfschmerzen, die Krämpfe weniger häufig, Erbrechen selten. Die bedrohlichen Erscheinungen schwanden in wenigen Tagen völlig.

8. Ein Fall von follikulärem papulo-akneiformem Syphilid, von spinulösem Aussehen auf dem Halse und dem Stamme, von E A. Sáinz de Aja. Der Patient hatte außer anderen syphilitischen Symptomen ein miliär-papulöses Syphilid von follikulärem, akneiformem Charakter. Auf dem Halse, den Schultern und dem Stamme zeigten die Läsionen folgende Eigentümlichkeit: sie bestehen an der Basis aus einer der Farbe, der Topographie und der Konsistenz nach typischen Mikropapel, von deren Zentrum sich ein feiner, derber, 4—5 mm langer Hornstachel erhebt. Beim Darüberfahren hat man das Gefühl von Rauhigkeit, stellenweise von Stechen. Diese Stacheln fanden sich nur auf den Syphiliden, nirgends sonst auf dem Körper.

9. Duhringsche Dermatitis. Psoriasis mit Enesol geheilt, von Cebrián. 1. Der 32jährige Patient wird in regelmäßigen Abständen von 3—4 Monaten an den Händen und Füßen, unterem Drittel der Vorderarme, selten an Handteller und Fußsohlen von einer polymorphen, erythematösen, papulösen, urtikariellen, papulopustulösen und vesikulösen Eruption befallen. Die Anfälle werden von Brennen eingeleitet und begleitet; daneben bestehen Allgemeinerscheinungen wie Unwohlsein, Kopfschmerzen, seltener Fieber.

2. Verfasser hat zwei Fälle von Psoriasis mit 22 bzw. 20 intramuskulären Injektionen zu 0.03 Enesol geheilt.

10. Ulzeröse Syphilis mit Neosalvarsan behandelt, von I. Sanz de Grado. Syphilitische Geschwüre im Gesicht, am Kopfe, linken Arm, rechten Ellenbeuge, Bauche,

Digitized by Google

Brust, Penis und Beinen bei einem 22jährigen Manne. Prompte Heilung durch kombinierte Behandlung.

11. Ein Fall von Intoleranz gegen Quecksilber, von A. Hernández Vázquez. Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne", von Hugo Bach. (Würzburg 1915, Curt Kabitzsch.) Verfasser will in dieser Abhandlung einen kurzen Überblick über das zur Verwendung der künstlichen Höhensonne Wissenswerte geben. Nach einer Beschreibung des Apparates folgt eine kurze Darstellung der Entwicklung der Quecksilberquarzlampen und ihrer Wirkungen. Es wird besonders hervorgehoben, daß das Ultraviolettlicht zwar leichte Konjunktivitis hervorrufen kann, daß aber weder die Augen noch der Gesamtorganismus durch die Strahlen geschädigt werden. Bei örtlichen Bestrahlungen wird das erstemal bei 50 cm Lampenabstand durch drei Minuten belichtet; die weiteren Sitzungen folgen in Zwischenräumen von 2—4 Tagen und werden jedesmal um drei Minuten ausgedehnt bis nur Höchstdauer von 30 Minuten. Allgemeinbestrahlungen werden in derselben Weise ausgeführt, nur ist der erste Lampenabstand mit 1 m zu bemessen; er wird dann bei jeder Sitzung um 10 cm bis zu $^1/_2$ m verringert. Nach 12—15 Sitzungen wird zweckmäßig eine Pause von 3—4 Wochen eingeschaltet. Diese Angaben sind so gemacht, daß selbst bei empfindlichster Haut keine zu starke Reaktion eintritt; im übrigen muß natürlich je nach der Empfindlichkeit der Haut in Lampenabstand und Bestrahlungsdauer gewechselt werden. Dünne Epidermis, trockene, leicht schwitzende, blasse und rote Haut reagiert im allgemeinen leichter auf ultraviolette Strahlen als dicke Epidermis, fette, schwer oder nicht schwitzende und pigmentierte Haut. In erster Linie maßgebend ist die Dicke der Epidermis. Eine Haut, die sich auf Streichen rötet, ist ebenfalls leichter reaktionsfähig auf ultraviolette Strahlen. Schwer reagierende Haut kann durch Wärmestrahlen (Glühlampenring) und Badekuren, besonders Moorbäder, infolge der Besserung der Hautzirkulation für ultraviolette Strahlen sensibilisiert werden.

Bei der ersten Sitzung haben die Kranken sowohl bei allgemeiner, wie bei lokaler Bestrahlung zuerst keine Empfindung, dann stellt sich allmählich Wärmegefühl, bei längerer Bestrahlung leises Prickeln, bei stärkster Bestrahlung Brennen ein. Nach 2—3 Stunden kommt wieder leises Prickeln oder Brennen, das aber in 2—3 Tagen schwindet. Objektiv sieht man während der ersten Bestrahlung meist nichts; nur bei sezernierenden Wunden bemerkt man ein Eintrocknen. Nachher tritt Rötung der bestrahlten Stelle auf, die sich bei stärkster Bestrahlung bis zur Blasenbildung steigern kann; nach 2—3 Tagen schwindet die Rötung und geht in Pigmentierung über. Nach starker Rötung und Blasenbildung schält sich die Haut. Bei den folgenden Bestrahlungen schwinden die objektiven und subjektiven Hautreaktionen allmählich, die Haut wird immer brauner. Nur nach langen Pausen oder nach sehr starken Bestrahlungen kann sich die Wirkung der ersten Bestrahlung wiederholen. Schädigungen der Haut sind aber selbst bei stärkster, bis zur Blasenbildung getriebener Bestrahlung ausgeschlossen, da die ultravioletten Strahlen höchstens $^1/_2$ mm tief eindringen. Auch auf das Allgemeinbefinden wirken die Bestrahlungen günstig ein. Während der Sitzung tritt ein Beruhigungsgefühl ein, der Puls wird gleichmäßiger und voller, die Atmung tiefer. Nachher stellt sich ein Gefühl von Frische ein, Schlaf und Appetit werden besser. Objektiv läßt sich vollerer Puls, tiefere Atmung, Herabsetzung des Blutdruckes, Vermehrung der Diu-

Digitized by Google

rese feststellen. Wahrscheinlich wird der Sympathikus direkt beeinflußt. Zu starke Allgemeinbestrahlungen können Kopfschmerzen, Ohrensausen, Mattigkeit hervorrufen.

Im zweiten Teile bespricht Verfasser die zahlreichen Krankheitsformen, bei denen die Höhensonne therapeutisch in Anwendung kam; hier interessieren natürlich nur die dermatologischen. Bei Lupus sind neben örtlichen Bestrahlungen allgemeine sehr zu empfehlen. Gute Erfolge wurden erzielt bei Geschwüren, Brandwunden, Akne, Furunkulose, Rhinophym. Auch eine Psoriasis konnte in sechs Sitzungen geheilt werden. Pruritus wurde prompt beseitigt. Bei Ekzem wurde die Höhensonne verschiedentlich angewendet und auch günstige Resultate erzielt; gegenteilige Beobachtungen sind vielleicht auf unrichtige Bestrahlung zurückzuführen. Weitere Anwendungsgebiete sind Lichen, Seborrhoe, Alopezie, Sykosis, Vitiligo.

Im ganzen gibt einem das Heftchen allerhand Anregungen und die Hoffnung, ein neues therapeutisches Rüstzeug für verschiedene rebellische Dermatosen gewonnen zu haben. R. Frühwald-Leipzig.

Spekulation und Mystik in der Heilkunde, von Friedrich v. Müller (Lindauersche Buchhandlung, München 1914). In seiner Rektoratsrede gibt Verfasser einen Überblick der leitenden Ideen in der Heilkunde, die das vergangene Jahrhundert hervorgebracht hat. Muß im Originale nachgelesen werden. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Allgemeines.

Zur sexuellen Anästhesie des Weibes, von J. Sadger-Wien. (Fortschr. d. M., 1914, Nr. 32.) Die vorliegende Arbeit ist eine psychoanalytische Studie. Der Verfasser schildert ausführlich an einem Beispiel die seelischen Vorgänge, die sich bei Frauen, welche an psychischer Anaphrodisie leiden, während des geschlechtlichen Verkehrs abspielen. Er hält den veröffentlichten Fall für ein typisches Beispiel, für eine ganze Gruppe in dieser Hinsicht kranker Frauen. Die meisten — ja wohl alle — treiben Onanie. Sadger sucht die ätiologische Grundlage in verdrängten Inzestwünschen auf den eignen Vater oder eventuell auf einen Bruder. Die Lektüre des Originals ist zu empfehlen, wenngleich man wohl nicht in allen Punkten der Psychoanalyse unbedingt derselben Ansicht sein dürfte wie der Verfasser. Im Rahmen eines Referates läßt sich das nicht wiedergeben. O. Lasch-Breslau.

Praecocitas adrenalis, vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien im Gefolge von Hypernephroma der Nebennierenrinde, von J. F. Baldwin-Columbus. (J. Am. m. Assoc., 26. Dezember 1914.) Es handelte sich um einen Knaben von fast sechs Jahren, bei dem man etwa ein halbes Jahr vor der Aufnahme eine Anschwellung des Abdomens bemerkt hatte. Mit drei Jahren hatte der Knabe am Gesicht und den Pubes männliche Behaarung zu entwickeln angefangen; die Stimme war die eines Erwachsenen, und der Penis ebenso. Die Diagnose wurde auf Tumor der Nebenniere gestellt, was bei dem wenige Wochen später erfolgten Tode bestätigt wurde. Es fanden sich ein Hypernephrom der linken Nebenniere von etwa 15 Pfund Gewicht und beginnende Tumorbildung an der rechten Nebenniere sowie Metastasen in der Leber und Lunge. A. Philippi-Salzschlirf.

Aufenthaltsort und Harnleiden, von Artur Grünschild-Wien. (Zsch. f. Krankpfl., 1915, Nr. 8—9.) Gr. bespricht zunächst den Einfluß von klinischen und geologischen Verhältnissen auf die Entstehung von Harnleiden. Dann erörtert er aus-

Digitized by Google

führlich die allgemeine physikalische, diätetische und klimatologische Behandlung und Pflege von Nieren- und Blasenkranken. H. Boehme-Leipzig.

a. Penis, Urethra, Blase.

Sectio alta und ein neues Verfahren für Blasennaht, von Giacomo de Francisco-Pavia. (Bolletino d. Clin., November 1913.) In der Gazetta medica Italiana (12. Juni 1913) berichtet Verfasser über sieben Fälle von Entfernung von Blasensteinen vermittels der von seinem Lehrer Tansini modifizierten Sectio alta — alle Fälle bei den im Alter von 25—75 Jahren stehenden Patienten hatten einen glücklichen Ausgang — und legt dabei besonderen Wert auf die Ausführung der Blasennaht. Durch die Naht mit kleinen Stichen nach Lembert, deren Köpfe man lang läßt, damit sie als Kapillardränierung dienen und dann herausgezogen werden können, gibt es die günstigsten Bedingungen für das Zusammenfügen der Blasenwunde. E. Rossen-Wiesbaden.

Dränage der Blase nach suprapubischer Operation, von Ch. H. Chetwood-New York. (M. Record, 4. April 1914.) Bei einem Patienten, der außerordentlich stark war, über 300 Pfund wog und eine Dicke der Bauchwand von beinahe 10 cm hatte, wurde eine suprapubische Operation vorgenommen, um die vergrößerte Prostata und Blasensteine zu entfernen. Um die Blase leer und die Blasenwunde sauber zu erhalten, hat Verfasser an das Dränagerohr einen Aspirationsapparat angeschlossen, der durch die hydraulische Kraft der Wasserleitung betrieben wurde. Um jeder Gefahr dabei aus dem Wege zu gehen, hat er ein Manometer in den Schlauch eingeschaltet und unter steter Überwachung anfänglich dauernd, späterhin nur zeitweise aspiriert und dadurch eine glatte Heilung binnen drei Wochen erreicht. W. Lehmann-Stettin.

Die Radikalexstirpation des Veru montanum, von A. G. Rytina-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 2. Januar 1915.) Da das Veru montanum oftmals Sitz einer chronischen infektiösen Entzündung ist, und die Applikation von Medikamenten an dieser Stelle meist als schwierig und vielfach ohne Erfolg sich erweist, hat Verfasser ein Instrument konstruiert, das die vollständige Entfernung des Organs mit Zuverläsisgkeit und ohne besondere Schwierigkeiten ermöglicht. Der hier besprochene und abgebildete Apparat besteht im wesentlichen aus einem urethralen Endoskop, welches ein Fenster hat zur Aufnahme und zum Festhalten des Kollikulus. Das Endoskop ist ferner mit einer inneren Kanüle versehen, deren dem besagten Fenster entsprechender Rand als Messer geschliffen ist. Durch Drehung der inneren Kanüle um 180° bei guter Einstellung des Organs wird letzteres glatt in toto abgetragen. Verfasser hat bei 18 Fällen schon erfolgreich operiert. Zur Ergänzung der äußerst spärlichen Literatur über die pathologische Anatomie des Veru montanum schildert er den histologischen Befund eines solchen Präparates, das hauptsächlich chronisch entzündliche Prozesse aufweist.

A. Philippi-Salzschlirf.

Weiches Gewächs der Harnblase, von E. G. Ballenger und O. F. Elder-Atlanta. (J. Am. m. Assoc., 13. Februar 1915.) Verfasser publizieren das Photogramm eines aus der Harnblase operativ entfernten benignen Papilloms mit einem Durchmesser 6,6 cm und das Röntgenbild der mit steriler Luft angefüllten Blase vor der Operation. Das Vorhandensein eines Tumors war durch die zystoskopische Untersuchung festgestellt worden, aber erst die Röntgenuntersuchung ließ dessen Umfang erkennen und veranlaßte den chirurgischen Eingriff. Im Falle eines Rezidivs soll die Fulguration zur Anwendung kommen. A. Philippi-Salzschlirf.

Divertikel der Harnblase, von W. E. Lower-Cleveland. (J. Am. m. Assoc., 5. Dezember 1914.) Wie Verfasser bei verschiedenen hier mitgeteilten Fällen konstatiert hat, gelingt die operative Abtragung solcher Ausbuchtungen sehr viel leichter, wenn man

Digitized by Google

sie durch festes Ausstopfen mit schmalen Gazestreifen genau abgrenzt. Außerdem hebt L. die Bedeutung von Röntgenbildern, die unter Verwendung von Kollargolinjektionen aufgenommen sind, hervor. Zur Entstehung dieser Anomalien äußert er sich dahin, daß kongenitale Divertikel wohl eine große Ausnahme bilden dürften, und daß der Prozeß fast immer durch ein Hindernis in der Urinentleerung hervorgerufen ist.

A. Philippi-Salzschlirf.

Myiasis der Harnwege, von E. F. King-Washington. (J. Am. m. Assoc., 26. Dezember 1914.) Das Auftreten von Fliegenlarven in der menschlichen Urethra ist zwar nur in seltenen Fällen aber doch zuverlässig schon berichtet worden. Ein von K. an Urethritis posterior chronica behandelter Bauer brachte eines Tages eine Urinprobe, in welcher ein ungewöhnlicher Körper sich befand, der später als eine Larve von einer Fliegenart, Faunia scolaris, erkannt wurde. Er gab an, während des Arbeitens plötzlich einen sehr intensiven Urindrang empfunden zu haben, worauf die Larve mit dem Urinstrom aus der Harnröhre ausgestoßen wurde. Es seien am Tage zuvor und auch zehn Tage früher ebensolche Gebilde entleert worden. A. Philippi-Salzschlirf.

Syphilis der Blase, von Lévy-Bing und Duroeux. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 1.) Eine klinische Darstellung der Syphilis der Blase in der Sekundär- und Tertiärperiode ohne neue Kasuistik. A. Gunsett-Straßburg.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Die Lymphableitung des Skrotums, von Kondoleon. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 39.) Bei einem 38jährigen Manne mit Peniskarzinom bildete sich acht Tage nach der Ausräumung der Inguinaldrüsen beiderseits und der Amputation des Penis ein großes lymphatisches Ödem des Skrotums. K. operierte in der Weise, daß er die tiefe, sehr verdickte Faszie in der Länge des Hautschnittes und in einer Breite von zwei Querfingern entfernte, die Tunica vaginalis — ganz wie bei der Operation der Hydrozele — umstülpte. Keine Naht in der Tiefe, fortlaufende Hautnaht ohne Drainage. Innerhalb weniger Tage schwand das harte Ödem vollkommen. K. empfiehlt dieses Verfahren für diejenigen Fälle echter Elefantiasis des Skrotums, welche das erste Stadium des Leidens darstellen und eine reine Lymphstauung ohne vorgeschrittene Sklerose des Bindegewebes aufweisen. E. Brinitzer-Altona.

Die transversale Inzision bei Skrotumoperationen, von George Morris Dorrance-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 7. Februar 1914.) An der unteren Hälfte des Skrotums laufen die oberflächlichen Gefäße und Nerven meist transversal. Zur Schonung dieser Organe ist daher der transversale Schnitt zu empfehlen.

H. Fendt-Wiesbaden.

Zur Behandlung der sexuellen Impotenz, von P. Lissmann-München. (Neurolog. Zbl., 1914, Nr. 7.) Nur Fälle rein nervöser Impotenz, nicht solche, die die Folgen organischer Störungen (Prostatitis, Blennorrhoe, Tabes usw.) sind, zieht Lissmann in den Bereich seiner Darstellung. Wir wollen die allgemeinen Betrachtungen des Verfassers nicht näher besprechen, sondern gleich auf den Kernpunkt der vorliegenden Arbeit kommen, d. i. die Behandlung der Erektionsschwäche infolge einer Erschöpfung der Kohabitationszentren; dort wo diese das einzige oder mindestens das primäre Symptom der sexuellen Impotenz darstellt, glaubt der Verfasser therapeutisch viel erreichen zu können. Zunächst verordnet man den erschöpften Sexualzentren eine absolute Ruhe; hierzu gehört nicht allein das Verbot der aktiven Betätigung, sondern auch der dringende Rat, jeder die geistige Sexualtätigkeit anregenden Gelegenheit aus dem Wege zu gehen. Von den sonst oft angepriesenen Methoden (Elektrisierung extra- und intraurethral, Ätzung des Colliculus seminalis, Vibration mittels Steinsonden) hält der Ver-

Digitized by Google

fasser im allgemeinen nicht viel. Dagegen hat er mit dem Yohimbin, und zwar in Form von epiduralen Injektionen, gute Erfolge zu verzeichnen. Die von vielen Verfassern behauptete rein suggestive Wirkung des Yohimbins scheint dem Verfasser hinreichend durch die Erfolge der Tierärzte, nach deren Mitteilung es oft gelang, deckfaule Hengste oder sprungfaule Bullen durch subkutane Yohimbininjektion zu sexueller Betätigung zu bringen, widerlegt. Lissmann selbst hat in Fällen, in denen die Verabreichung des Mittels per os oder subkutan versagt hatte, mit epiduralen Injektionen bisweilen volle, oft gute Erfolge erzielt, wenngleich er auch in neun Fällen von 34 selbst nach vier und fünfmaligen epiduralen Injektionen Versager hatte. Im allgemeinen gelang es mittels 2—3 Injektionen den Patienten zu 2—4maligem regulären Coitus pro mense zu verhelfen, auch wenn sie schon $1^1/_2$ Jahre oder länger infolge mangelnder Erektionsfähigkeit hatten nicht koitieren können. Bei einzelnen Kranken war nach sechs Monaten eine Wiederholung der Kur notwendig, bei anderen hielt die Wirkung bis zu zwei Jahren an. Lissmann injiziert streng aseptisch 30 ccm Kochsalzlösung, denen 10—15 Tropfen einer 2%igen Yohimbinlösung beigefügt sind, epidural, und zwar in 3—6tägigen Pausen unter steter Kontrolle der Nieren. Der Verfasser bezieht die Injektionsflüssigkeit in drei verschiedenen Stärken, in fertigen Ampullen sterilisiert, von der Firma Koch in München. O. Lasch-Breslau.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde, von Buschke. (D. m. W., 1914, Nr. 48.) B. hat in dem ihm unterstellten Lazarett für Geschlechtskranke bei Erhebung der Anamnese feststellen können, daß mehrere Soldaten in Chauny in Nordfrankreich im Bordell sich infiziert hatten. Er hat die Militärbehörde davon in Kenntnis gesetzt, damit sie Abhilfe schaffen kann. Er empfiehlt, es allenthalben so zu machen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Grossichschen Jodtinkturdesinfektion, von Heinemann-Berlin. (Zbl. f. d. ges. Med., 1913, Nr. 46.) Um Jodreizungen bzw. Ekzeme zu verhindern, empfiehlt H., das jodierte und durch das Jod tiefgebräunte Hautgebiet nach der Operation gründlich mit folgender Mischung abzureiben: Rp. Liquor ammonii caustici 5,0, Aether sulfuricus 45,0, Alkohol ad. 100,0. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Der für Herbst 1915 in Verona geplant gewesene internationale Pellagrakongreß ist der allgemeinen Lage wegen verschoben worden.

Dr. Martin Haudek, Assistent am Röntgeninstitut des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien, hat sich daselbst als Privatdozent für Röntgenologie habilitiert.

Wirkl. Geh. Rat Prof. Paul Ehrlich-Frankfurt a. M. erhielt das Königl. Rumänische Kreuz für Sanitätsverdienst I. Klasse.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

5. Juni 1915 | Nr. 23 | Band 60

Aus der dermatologischen Klinik in Bern (Direktor Prof. Jadassohn).

Über einen durch Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor bei einem Melker.

Von

Dr. Paul Laurer.

In dieser Arbeit möchte ich über einen Fall berichten, der in der dermatologischen Klinik in Bern zur Beobachtung kam und der sowohl klinisch wie histologisch ein allgemeines Interesse hat.

Krankengeschichte.

Anamnese vom 6. November 1913. Schon vor vier Jahren bemerkte der 48jährige Melker eine Schwellung am rechten Mittelfinger, die trotz ärztlicher Behandlung nicht zurückgehen wollte. Der Tumor wurde deshalb einige Zeit später auf der chirurgischen Klinik in Bern operativ entfernt, und es fanden sich schon damals in den Gewebsmassen Haare. — Im Frühjahr 1912 entstand am Mittelfinger der linken und am vierten der rechten Hand eine ganz ähnliche Geschwulst wie früher. Bevor diese auftrat, litt der Patient längere Zeit an einem Riß in der Hautfurche am ersten Interphalangealgelenk. Der Patient glaubt, daß in diesen Riß beim Melken Haare unter die Haut eingedrungen seien. Seitlich an dem Tumor hatte sich mit der Zeit eine kleine Fistel gebildet, durch welche gelegentlich Haare zutage getreten sein sollen. Die weitere Anamnese ist für die Beurteilung dieser Affektion ohne Bedeutung.

Status: Kräftiger Mann. Allgemeinstatus ohne Besonderheiten.

Die erste Phalange des linken Mittelfingers ist ringsum stark verdickt und spindelförmig aufgetrieben. Auf der Volarseite zeigt sich eine die ganze Breite und Höhe der Phalange einnehmende starke Vorwölbung von derber Konsistenz. Im Interphalangealgelenk zwischen erster und zweiter Phalange findet sich eine große Spalte, durch welche ein hämorrhagisch aussehendes Sekret ausdrückbar ist. Mikroskopisch besteht dieses aus Detritusmassen, reichlich weißen Blutkörperchen, die in allen möglichen Formen auftreten und vielfach wie zerfetzt erscheinen, ferner roten Blutkörperchen und Plasmazellen mit deutlich radspeichenförmigem exzentrischem Kern.

Auf der lateralen Seite des Tumors mündet eine für eine feine Sonde durchgängige Fistel. Ganz analog, nur etwas kleiner, ist eine Geschwulst am vierten Finger der rechten Hand.

Am 10. November entfernte ich unter Lokalanästhesie die beiden Geschwülste. Die Tumormassen ließen sich ziemlich leicht ausschälen. Links mußte um die ganze Phalanx herum ausgeschabt werden. Es bot dies insofern einige Schwierigkeit, als die Geschwulst teilweise stark mit Sehnen- und Nervenscheiden verwachsen war. — In den Tumormassen eingebettet fanden sich reichlich Haare, die sich leicht entfernen ließen. Nach dem Berufe des Patienten zu schließen handelt es sich um Kuhhaare.

Die Heilung der Wunde geschah per primam.

Digitized by Google

Mikroskopische Untersuchung.

Fixierung in steigendem Alkohol. Einbettung in Paraffin. Serienschnitte. Färbung: Hämatoxylin-Eosin. Orzein-Methylenblau. Weigerts Fibrinfärbung. Van Gieson. Pappenheim.

Die Schnitte aus den verschiedenen Partien der Tumoren bieten natürlich ein etwas verschiedenes Bild dar. Sie umfassen Epidermis, Kutis und wenig subkutanes Gewebe. Die Hornschicht ist — entsprechend der Norm an der Volarseite der Finger, besonders an Arbeiterhänden — sehr dick. Im allgemeinen ist sie normal gebaut. In den mittleren Partien der Neubildungsmasse ist sie aber an einer Stelle stark parakeratotisch, und zwar liegt die Parakeratose an der Oberfläche, auf sie folgt nach unten eine normal verhornte Schicht mit Stratum granulosum. In die parakeratotischen Lamellen sind bald unscheinbare, bald sehr massige Haufen und Streifen von mehr oder weniger stark degenerierten Eiterkörperchen mit Detritus unregelmäßig eingelagert (Kruste). Das Rete ist im ganzen normal, an den peripherischen Partien etwas verbreitert, in den zentralen unter dem Druck der entzündlichen Einlagerung abgeflacht. In einzelnen Herdchen findet sich Ödem der Stachelzellen („Altération cavitaire") in den oberen Partien der Epidermis; sehr selten ein mit Eiterkörperchen gefülltes Bläschen in den untersten Schichten eines Epithelzapfens.

In der im ganzen sehr breiten Kutis läßt sich in den zentralen Partien eine zusammenhängende Infiltrationsmasse bis in die tiefsten Schichten verfolgen. Nach den seitlichen Rändern und nach der unteren Grenze zu löst sie sich in Haufen und Stränge auf, welche sich im Papillarkörper deutlich an die Gefäße anschließen und auch in den tieferen Partien oft Gefäße im Zentrum erkennen lassen.

Die Infiltrationsmasse ist im ganzen recht dicht, an manchen Stellen, besonders an der Peripherie, lockerer und von Bindegewebsmassen durchsetzt. Schon bei schwacher Vergrößerung kann man, besonders bei nach Pappenheim gefärbten Präparaten, erkennen, daß sich die Zellmassen zum allergrößten Teil aus Plasmazellen zusammensetzen; diese sammeln sich vor allem in den peripherischen Partien der zentralen Infiltrationsmasse reichlich an, aber auch da, wo Bindegewebsstreifen in diese einstrahlen, und in den peripheriewärts ausgesprengten perivaskulären Zellansammlungen. Weite Strecken sind so vollständig von Plasmazellen durchsetzt, daß diese sich in epithelähnlicher Form dicht aneinanderlegen und nur minimale Massen von kollagenem Gewebe zwischen sich lassen. Ferner finden sich in großer Zahl lymphozytäre Elemente und einzelne kleinere, sehr wenig größere Ansammlungen von Eiterkörperchen. In der näheren Umgebung der letzteren liegen meist nur lymphozytäre Elemente mit vereinzelten Plasmazellen. Die dichteren Massen der letzteren haben sich weiter zurückgezogen und bilden dann öfter schalenförmige Ansammlungen um solche Herde. In den mehr oder weniger rein bindegewebigen Partien sind sehr reichlich Spindelzellen der verschiedensten Größe vorhanden. Im Zentrum finden sich auch unregelmäßig umrandete, größere und kleinere Lücken, in deren Innerem zahlreiche Haarstümpfe und Haarreste, Eiterkörperchen und Detritus liegen und deren Rand von Eiterkörperchen

Digitized by Google

und Granulationsgewebe gebildet wird. In einer solchen Lücke fand ich größere Haufen von Kokken.

In den peripherischen Partien sind in der Tiefe Schweißdrüsenknäuel vorhanden, deren Azini verhältnismäßig weit und vielfach auch noch von Infiltration umgeben sind. Außerdem sind einzelne Nerven und Pacinische Körperchen vorhanden — zum Teil frei, zum Teil von Entzündungsmassen eingeschlossen.

Das Unterhautzellgewebe ist nur an einzelnen Stellen vorhanden und zum Teil auch noch infiltriert und serös durchtränkt. Die elastischen Fasern sind in den peripherischen Partien normal, in der Infiltrationsmasse selbst sind sie meist zugrunde gegangen, in den bindegewebigen Streifen, welche zwischen den stark entzündlichen Partien sich finden, sind sie spärlich oder schlecht färbbar oder fehlen ganz. An einzelnen Stellen erscheinen sie unregelmäßig gequollen, hier und da zwischen den Infiltrationsmassen zu dicken Knäueln zusammengeballt. Nur selten kann man elastische Fasern und deren Reste in größeren Massen in peripherischen Infiltraten zwischen den Plasmazellen eingeklemmt konstatieren. In den mittleren Partien kann man auch schon bei schwacher Vergrößerung eine ziemlich umfangreiche Pigmentablagerung konstatieren. Zum Teil liegt sie in der Nachbarschaft von Anhäufungen von roten Blutkörperchen. Das Pigment ist von blaßgrauer bis gelbbräunlicher Farbe, hat feine oder gröbere bis recht große rundliche und eckige Körner, die oft innerhalb von Zellen liegen. Diese Zellen sind von sehr verschiedener Größe, von meist rundlicher oder ovaler Form, seltener spindelförmig. Sie liegen dicht beieinander oder mehr disseminiert in den Anhäufungen von Plasmazellen und haben zum Teil ungefähr die gleiche Form und Größe wie diese. Der Kern ist oft nicht deutlich zu erkennen, so daß man nicht behaupten kann, daß es mit Pigment vollgestopfte Plasmazellen sind. Oft ist der Kern blaß und an die Wand gedrückt. Die Infiltrationsmassen sind mehr oder weniger reichlich mit — an manchen Stellen sehr dicht beieinander liegenden — Blutgefäßen versorgt, welche zum Teil recht weit und im ganzen dünnwandig sind. In der Umgebung und in den unteren Partien sind die Wände der Arterien und der Venen verdickt, aber nur die der letzteren zum Teil von Infiltratzellen durchsetzt. Ab und zu kann man in einer Vene einen weißen Thrombus entdecken. In den Infiltrationsmassen selbst sieht man mehrfach weite Kapillaren mit Eiterkörperchen vollgestopft (Lymphkapillaren).

Außerdem finden sich über das Präparat zerstreut im allgemeinen spärlich Haare und zwar bald gut erhalten in längeren Stücken und mehr oder weniger gut längs getroffen, bald in Quer- und Schrägschnitten, bald als rundliche oder unregelmäßige Gebilde, welche augenscheinlich in Zerstörung begriffen und nur bei starker Vergrößerung als Haarreste zu erkennen sind. Am besten eignet sich zu deren Nachweis die Weigertsche Fibrinfärbung. Die Haare sind meist nackt, ab und zu haften ihnen noch einzelne Hornlamellen an. An den wohlerhaltenen Haaren kann man Mark und Rinde gut unterscheiden; das erstere weist meist die bekannte Querstreifung auf, wie man sie bei Tierhaaren so vielfach findet. Sie liegen zum Teil in der dichten zentralen Infiltrationsmasse, zum Teil auch ziemlich weit in die Peripherie ausgesprengt, bald

Digitized by Google

von der Plamazelleninfiltration umgeben, bald in einer Art schmälerer oder breiterer bindegewebiger Kapsel oder auch in größeren Massen von Bindegewebe, bald auch von einigen Eiterkörperchen besetzt. Oft haben sich die Gewebselemente von ihnen zurückgezogen (Härtungsphänomen). Gelegentlich findet man ein Haar aus der Epidermis in die Kutis hineinragend, so daß die Epithelzellen sich etwas nach unten an ihm entlang ziehen. Die Spitze ist frei in der Kutis im entzündlichen Gewebe. Sehr selten sieht man ein Haarstück auch in der Schuppenkruste. In der nächsten Umgebung der Haare, mehrfach aber auch ohne daß ein unmittelbarer Zusammenhang mit ihnen nachweisbar ist, liegen im ganzen nicht sehr reichliche Riesenzellen teils mit randständigen, teils mit über das Protoplasma ausgestreuten Kernen, von bald mehr rundlicher und ovaler, bald mehr unregelmäßiger Form, gelegentlich sich unmittelbar an der Haargrenze längs hinziehend oder auch an ein Haarbruchstück angelegt, resp. dasselbe zum Teil umfassend. An einzelnen Stellen kann man den Abbau der Haarstümpfe näher studieren. Man sieht, wie im Inneren eines bald ganz geschlossenen Kreises, eines schon in einzelne Stücke zerfallenen Teiles der Haarrinde, statt des Marks Zellen liegen, die blasse Kerne haben und an den Stücken der letzterwähnten Gebilde mit den das Haar umgebenden ein- und mehrkernigen Zellen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. In derselben Gegend finden sich gröbere und feinere Bruchstücke von Haaren teils von Riesenzellen, teils von großen Zellen mit blassen Kernen, teils von Plasmazellen umgeben. Ganz vereinzelt sah ich auch eine Riesenzelle mit randständigen Kernen, in deren Mitte eine deutliche schmale Hornlamelle eingelagert war.

Einer besonderen Beschreibung bedürfen diejenigen Schnitte, welche die im klinischen Bild hervorgehobene Fistel getroffen haben. Die Mehrzahl derselben enthalten diese im Längs- resp. Schrägschnitt. In einigen Schnitten findet man Querschnitte durch ein mit Epithel bekleidetes Rohr, das eine Anzahl von Schräg- und Querschnitten von Haaren enthält. Es ist mir nicht klar geworden, in welchem Verhältnis dieser Querschnitt zu der Hauptfistel steht, da ich einen Zusammenhang in den Serien zwischen diesen Querschnitten und den Längsschnitten nicht gefunden habe. Vielleicht handelt es sich um eine seitliche Abzweigung der Hauptfistel, vielleicht auch um eine zweite Fistel.

In die im wesentlichen längs getroffene Fistel senkt sich, wie man an einzelnen Schnitten sehen kann, das Oberflächenepithel kontinuierlich ein. Die Mehrzahl der Schnitte aber enthält die Fistel als eine längsovale Spalte, die nach der Epidermis zu und auf den Seiten von Epithel ganz umschlossen ist. An ihrem unteren Ende ist die Epithelbekleidung auf den meisten Schnitten unterbrochen und zwar meist durch eine, an einzelnen Schnitten auch durch zwei Spalten, welche sich in das Bindegewebe einsenken. Im Lumen finden sich ziemlich zahlreiche (bis neun auf einem Schnitt) und zum Teil recht lange Haarlängsschnitte, auch einige Querschnitte und Stümpfe, ferner abgestoßene Hornlamellen, Eiterkörperchen in kleinen Zügen und Detritus. Die Auskleidung der Fistel ist ein sehr hochgeschichtetes Pflasterepithel mit allen Charakteren der Epidermis. Die Retezellen sind sehr groß, enthalten ein gut ausgebildetes Protoplasmafasernetz und in den oberen 4—5 Zellenlagen reich-

Digitized by Google

lich Keratohyalin. Auf das Stratum granulosum, in welchem die Protoplasmafasern nicht mehr zu erkennen sind, folgt eine mehrere bis viele Lagen hohe Hornschicht, in deren Zellen Kerne nicht gefärbt, und in denen Hornfasern sehr deutlich sind.

Das Epithel der Fistel hat bald mehr bald weniger ausgebildete Epithelzapfen, so daß die sie umgebende Kutis einen „Papillarkörper" bildet. Durchschnitte der Köpfe der Papillen finden sich von allen Seiten von Epithel umgeben, wie bei Schrägschnitten des Oberhautepithels. An einzelnen Stellen liegen in dem Epithel auch Quer- und Schrägschnitte von Haaren. Man kann in aufeinanderfolgenden Schnitten konstatieren, wie zuerst die Haare senkrecht und schräg in das Epithel der Fistel, und an deren Seitenwänden sich gleichsam einbohren — umgeben von 2—3 Lagen von Hornlamellen. Dann finden sie sich ganz vom Rete umgeben, aber von dessen Zellen noch durch Hornschicht getrennt. Schließlich ragen sie aus dem Rete in die Kutis hinein, in der letzteren schon frei von Hornschicht, doch von entzündlichem Gewebe umhüllt. In weiteren Schnitten ist dann das Haarstück vollständig in der Kutis gelegen. Da mir vollständige Schnittserien nicht zur Verfügung stehen, ist es natürlich sehr schwer zu sagen, wie die einzelnen Haardurchschnitte zueinander gehören.

Am unteren Ende der Fistel reicht, wie erwähnt, meist ein feiner Spalt durch das Epithel mehr oder weniger weit in die dicht infiltrierte Kutis hinein. In diesem Spalt finden sich Haare, Züge von Eiterkörperchen in einer fibrinoiden (Weigertsche Fibrinreaktion nicht gebenden) Masse und einzelne Hornlamellen. Ab und zu ziehen einzelne Epithelzellen noch etwas in diesen Spalt hinein, verlieren sich aber sehr bald in dem entzündlichen Gewebe.

Die bindegewebige Umgebung der Fistel entspricht im wesentlichen der oben gegebenen Beschreibung der entzündlichen Neubildung. Die Infiltration stellt an der einen Seite nur eine ganz schmale Schale dar, welcher eine breite Schicht spindelzellreichen Gewebes folgt, während auf der anderen Seite die Infiltration sich von der Fistelwand weithin erstreckt.

Am unteren Ende der Fistel ist das Gewebe sehr reich an Eiterkörperchen, weiterhin an Plasma- und Spindelzellen. In diese Gegend sind viele Haarstümpfe und Schnitte ausgesät, zum Teil sehr deutlich in den früher beschriebenen verschiedenen Phasen des Abbaus.

In der weiteren Umgebung der Fistel finden sich Gruppen von 5—6 Haardurchschnitten, jeder von einer Art Kapsel umgeben, die aus einzelnen Riesenzellen und aus Zellen mit aufgehelltem Protoplasma und bläschenförmigem Kern und weiter nach außen aus Spindelzellen bestehen.

Ehe ich jetzt zu der epikritischen Erörterung des Falles übergehe, möchte ich noch einiges in bezug auf die feinere Zusammensetzung der Neubildungsmasse besprechen. Ich halte mich bei diesen Bemerkungen über die einzelnen Zellformen speziell an die Arbeiten von Marchand, Maximow und v. Baeyer.

1. Was zunächst die unzweifelhaften Bindegewebszellen angeht, so sind diese in der weiteren Umgebung der Infiltratmasse, vielfach aber auch in den bindegewebigen Septen, die sie durchziehen, feine langausgezogene Spindelzellen mit bald heller, bald dunkler gefärbtem schmalem Kern und einem schmalen, spindelig ausgezogenen Proto-

Digitized by Google

plasma, das sich speziell in den dem Kern nahegelegenen Partien bei der Pappenheimschen Färbung rot färbt, aber nicht in dem leuchtenden Ton wie das Protoplasma der Plasmazellen. Sie liegen parallel angeordnet mehr oder weniger dicht in Bündeln von kollagenen, leicht geschwungenen Bindegewebsfasern, die augenscheinlich immer dichter aneinandergelagert sind, je älter der Prozeß an der betreffenden Stelle ist. Innerhalb der Infiltratmasse und in deren näherer Umgebung sind die Bindegewebszellen größer, mit reichlicherem Protoplasma versehen, plattenförmig unregelmäßig ausgebreitet mit großem, blaßgefärbtem Kern, der 1—3 Nukleolen enthält. Diese Zellen finden sich oft sehr dicht beieinander, scheinen sich mit ihren Fortsätzen zu verbinden und sind eingelagert in ein lockeres Netz feiner Bindegewebsfibrillen, zwischen denen hier und da noch eine deutliche Plasmazelle oder ein Lymphozyt liegt. Solche Zellen gibt es auch in nächster Nähe der Haarstümpfe. Sie entsprechen den überall gegebenen Beschreibungen der typischen Fibroblasten.

2. Die polymorphkernigen Leukozyten sind teils disseminiert, teils in Haufen angeordnet. Die disseminierten, zwischen die anderen Zellen eingestreuten, sind im ganzen recht spärlich. Die haufenweise angeordneten liegen nur selten frei im Gewebe, so daß man von kleinen Abszessen sprechen kann. An anderen Stellen sind sie eingelagert in ein Maschenwerk, das sich nach Pappenheim blauviolett färbt, das aber nach der Weigertschen Fibrinmethode nicht gefärbt wird, also Fibrin im gewöhnlichen Sinne wohl nicht darstellt. Bei weitem am häufigsten finden sich die Eiterkörperchen in einem Netzwerk feinster Bindegewebsfasern, das augenscheinlich nicht bloß durch die Eiterkörperchen, sondern auch durch Flüssigkeit auseinandergehalten wird. Sie liegen hier neben vereinzelten Fibroblasten mit aufgehelltem Kern und Protoplasma, neben Plasmazellen und neben den großen vakuolisierten Zellen, auf die ich noch zurückkommen muß. Sie umgeben ferner einzelne Haarstümpfe ganz oder teilweise und bedecken die Wand der erwähnten größeren und kleineren Hohlräume, in deren Innerem meist Haare vorhanden sind, als eine dünne kontinuierliche oder unterbrochene Lage auf dem Granulationsgewebe. Endlich finden sie sich auch, wie erwähnt, im Lumen von Gefäßen, an denen weitere Wandelemente nicht zu erkennen sind, bald diese fast ausfüllend, bald weniger reichlich, von dem Endothelbelag retrahiert. Da rote Blutkörperchen in diesen Gefäßen fehlen, handelt es sich wohl um erweiterte Lymphkapillaren. Die polymorphkernigen Leukozyten sind zum größten Teil gut erhalten. Manche enthalten pyknotische und zerfallene Kerne.

3. Die Lymphozyten sind überall über das Gewebe zerstreut, am reichlichsten in den Partien zwischen den Eiterkörperchenanhäufungen und den Plasmazellenmassen. Sie sind klein, der Protoplasmahof ist nicht immer deutlich zu sehen. Die Kerne sind teils rund, teils zackig, bald normal, bald dunkler, bald auch sehr hell gefärbt, wie ausgelaugt.

4. Außerordentlich viel schwieriger ist es, sich über die „runden Wanderzellen", die „ruhenden Wanderzellen" oder „Klasmatozyten" und über die „Polyblasten" auszusprechen.

Ich habe in meinen Schnitten vielfach Gebilde gesehen, welche den mit diesen Namen bezeichneten Formen mehr oder weniger gut entsprechen. Aber ihre strenge Scheidung von den Fibroblasten einerseits, den Lymphozyten andererseits ist oft außerordentlich schwer, und ich möchte daher bloß ganz allgemein betonen, daß sich solche Zellen an den verschiedensten Stellen meiner Präparate vorfanden, ohne eine bestimmte Beziehung zu den anderen schärfer und leichter zu charakterisierenden Zellen aufzuweisen. Nur eine Zellform möchte ich hier besonders betonen, die wohl mit den Polyblasten in Beziehung steht. Es sind rundliche Zellen mit scharfer Abgrenzung, unregelmäßig

Digitized by Google

vakuolisiertem Protoplasma und hellgefärbtem Kern, welche sich speziell in den eitrig infiltrierten Partien finden und hier und da ein Eiterkörperchen im Innern enthalten. Sie sind in ihrer Größe außerordentlich verschieden. Zum Teil sind es augenscheinlich diese Zellen, welche sich mit Pigment beladen.

5. Einen, wie erwähnt, besonders großen Anteil an dem Aufbau des entzündlichen Tumors nehmen die Plasmazellen. Sie sind zum großen Teil klein bis mittelgroß, rund oder polygonal, sehr oft mit der bekannten hellen Zone um den Kern versehen. Den von Maximow außerdem noch beschriebenen hellen Fleck in der Nähe des Kerns, der von ihm als „Zentrosphäre" gedeutet wird, habe ich kaum gesehen. Wahrscheinlich war dazu die Fixierung meiner Präparate nicht geeignet. Relativ selten sind die wirklich großen Exemplare mit zwei bis drei Kernen.

Wo die Plasmazellen dicht aneinanderliegen — nur durch feine Bindegewebsfasern voneinander getrennt — platten sie sich oft gegeneinander ab. Manchmal nehmen sie auch sehr unregelmäßige Formen an, sehen gezackt und eckig aus, und zwischen ihnen finden sich Bröckel nach Pappenheim dunkelrot gefärbten Protoplasmas. Manche sind an den Rändern wie zerfetzt, einzelne enthalten deutliche Vakuolen in größerer oder geringerer Zahl.

Wo sie in dichten Haufen liegen, finden sich zwischen ihnen nur vereinzelte Fibroblasten oder Lymphozyten, hier und da ein kapillares Gefäß. Das sind dann Bilder, bei denen man wirklich den Eindruck einer tumorartigen Anordnung, eines „Plasmozytoms", bekommt. In den peripherischen Partien scheiden die Plasmazellenansammlungen nur die Gefäße ein, ohne sich auf weitere Strecken von ihnen zu entfernen.

In den eitrig infiltrierten Partien sind die Plasmazellen isoliert, im Zentrum spärlicher, in der Peripherie reichlicher. Sie sind meist abgerundet, auch hier gelegentlich mehrkernig, ihr Protoplasma ist bald noch ganz normal, bald blasser gefärbt. Ab und zu sind ihre Kerne dann pyknotisch, kugelrund.

6. Mastzellen sind in sehr verschiedener Häufigkeit vorhanden, nirgends aber wirklich sehr reichlich. Am häufigsten sind sie noch in den peripherischen Partien, um die Gefäße ausgestreut. Sie haben meist eine feine, typisch basophile Körnung und sind oval, seltener spindelförmig.

7. Bei den mit der Weigertschen Fibrinmethode gefärbten Präparaten finden sich besonders in der Infiltration, welche die Fistel umgibt, reichlich violettgefärbte Kugeln, meist in Haufen beieinander, oder auch nur zu zwei oder drei, die letzteren größer, die ersteren kleiner, manchmal auch große und kleine beieinander. Sehr oft ist ihre intrazelluläre Lagerung nachzuweisen; manchmal liegen sie auch anscheinend frei zwischen den Plasma- und Eiterzellen. Es sind das augenscheinlich hyaline Bildungen, welche in ihrer Form und, soweit sie intrazellulär sind, in ihrer Lagerung den „Russelschen Körperchen" entsprechen.

8. Von den Gefäßen muß ich dem oben Gesagten noch einen Punkt hinzufügen. Es finden sich nämlich an einzelnen Stellen insofern sehr auffallende Bilder, als im Lumen von Gefäßen massenhaft meist spindelförmige, scharf begrenzte, voneinander isolierte oder kleine Verbände bildende Zellen mit bald heller, bald dunkler gefärbtem Kern vorhanden sind.

Es handelt sich dabei sowohl um ganz kleine, als um etwas größere Gefäße, die letzteren deutlich Blutgefäße, und zwar Venen mit ziemlich dicker Wand. Es ist wohl nicht zweifelhaft, daß es sich hier um eine Endothelproliferation mit Abstoßung handelt.

An einzelnen Stellen liegen in den Infiltraten auch Lymphkapillaren, in denen neben reichlich Lymphozyten rundliche, dunkelgekörnte Massen vorhanden sind, welche den „tingiblen Körperchen" Flemmings entsprechen.

Digitized by Google

9. Was die Haare angeht, so habe ich das wesentlichste oben bereits hervorgehoben. Nur zweierlei sei hier noch betont: einmal daß die kleinsten Haarreste in ihrer Form vielfach losgelösten Kutikulaelementen entsprechen, und dann, daß die Kapselbildung, die ich oben erwähnt habe, nicht immer einfach gebaut ist, sondern daß sie sich mehrfach aus zwei Schichten zusammensetzt. Dicht am Haar liegt eine mehr oder weniger dicke Schicht von sehr lockerem Gewebe mit feinem, wabenförmigem Fibrillennetz, in das blasse, große Zellkerne eingelagert sind. Es ist das augenscheinlich das gleiche, was v. Baeyer bei seinen Fremdkörper-Einheilungsversuchen als „spongiöses Bindegewebe" bezeichnet. Von diesem Bindegewebe gehen die oben beschriebenen, in einzelnen Fällen in das Innere des Haares einwachsenden Zellen aus, andererseits hängt es unmittelbar zusammen mit den hier und da das Haar umgebenden Riesenzellen. Nach außen von dieser Schicht liegt eine sich mehr oder weniger scharf davon sondernde Schicht dichteren, mehr parallelfaserigen Bindegewebes mit spärlicheren und mehr spindeligen Zellen mit schmaleren, dunkler gefärbten Kernen.

Es entsprechen diese Zonen im ganzen, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, denjenigen, welche v. Baeyer bei der Einheilung differenter Fremdkörper beschrieben und als „Meta-" und „Orthozone" bezeichnet hat, während die „Parazone" — dicht am Fremdkörper gelegen und aus Detritus und Schollen bestehend — in meinen Präparaten fehlt.

Ich möchte endlich hier noch betonen, daß ich weder die an Luteinzellen erinnernden feinwabigen Zellen, auf welche v. Baeyer ein großes Gewicht legt, mit Sicherheit resp. in größerer Zahl gesehen habe, noch die „dunklen", d. h. durch starke Hämatoxylinfärbbarkeit des Protoplasmas und des kugeligen Kerns ausgezeichneten. — Die letzteren vielleicht darum nicht, weil nekrotische und hyaline Umwandlungen des Gewebes in meinen Präparaten im ganzen fehlten, mit denen v. Baeyer diese Form in Beziehung bringt.

Schon die klinische Untersuchung und die Angaben des Patienten ließen kaum einen Zweifel darüber zu, daß es sich bei den von mir beschriebenen tumorartigen Anschwellungen um sogenannte Fremdkörpertumoren und zwar um solche handelte, die durch das Eindringen von Kuhhaaren in die Haut unseres Patienten entstanden waren. Die histologische Untersuchung hat diese Annahme vollständig bestätigt. Es liegt eine entzündliche Neubildung, ein Granulationstumor, vor und die jedenfalls wesentliche Ursache desselben war in den zahlreichen Haaren in unseren Schnitten zu sehen.

Was die Pathogenese im groben angeht, so ist sie nicht zweifelhaft. Die Kuhhaare sind augenscheinlich beim Melken in Hautrisse eingedrungen.

Die Stellen, welche dabei am unmittelbarsten mit der Kuhhaut in Berührung kommen (an den Dorsalflächen der Daumen), sind frei geblieben, weil sie (wohl schon wegen ihrer Schwielenbildung) keine Risse aufwiesen. Naturgemäß kommen aber auch die anderen Finger und zwar speziell ihre Volarseiten mit Kuhhaaren in Berührung und diese können bei den Melkbewegungen und auch sonst in Hautrisse, wie sie gerade an der Volarseite der Interphalangealgelenke so viel vorkommen, eingerieben werden. Es kann bei dem Patienten, da er schon vor vier Jahren eine

Digitized by Google

analoge Bildung aufgewiesen hat, angenommen werden, daß er besonders geneigt für solche Hautrisse ist. Aber auch dann bleibt es auffallend, daß gerade er diese Affektion zweimal resp. dreimal gehabt hat; denn sie muß sonst doch sehr selten sein. Weder in der dermatologischen Klinik in Bern ist je schon etwas Ähnliches beobachtet worden, noch habe ich in der Literatur irgend eine Andeutung solcher Vorkommnisse gefunden. Doch erzählte ein Patient, ebenfalls ein Melker, der in jüngster Zeit wegen einer anderen Erkrankung in der Klinik war, daß ihm in Deutschland, wo er mit nackten Füßen im Kuhstall arbeitete, Kuhhaare in den Zwischenzehenräumen in die Haut eingewandert und dann am Fußrücken wieder herausgekommen seien, ohne daß er besondere Entzündungserscheinungen, Schmerzen oder Anschwellungen beobachtet habe. (Objektiv ließ sich zurzeit an den Füßen nichts konstatieren.) Er habe gehört, daß das bei den barfuß im Kuhstall Arbeitenden öfter vorkomme. Man habe ihm ferner erzählt, daß gelegentlich die Kuhhaare auch an den Fingern eindrängen und am Vorderarm bis zum Ellbogen hervorkämen. Wie weit diese Erzählungen auf wirklich richtigen Beobachtungen beruhen, kann ich nicht beurteilen. Jedenfalls würde es wohl der Mühe wert sein, auf solche Dinge einmal genau zu fahnden.

(Schluß folgt.)

Aus der k. k. deutschen dermatologischen Universitätsklinik in Prag
(Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Über extragenitale Ulcus molle-Infektion.

Von

Priv.-Doz. Dr. E. Klausner.

(Mit 1 Abbildung.)

Die Infektion mit dem Streptobazillus Ducrey-Unna-Krefting kommt erfahrungsgemäß fast ausnahmslos auf dem Wege des Geschlechtsverkehrs zustande, und auch von den extragenitalen Infektionen wird weitaus der größte Teil derselben im Sexualverkehr erworben oder es erfolgt die Ansteckung anderweitig durch direkte Berührung mit Ulcus molle, betrifft also entweder mit weichen Geschwüren selbst infizierte Individuen oder Personen, wie Ärzte und Wartepersonal, die es mit Kranken zu tun haben, welche mit Ulcus molle behaftet sind. Sehr selten sind hingegen jene Fälle von extragenitaler Infektion, wo die Übertragung des Ulcus molle-Erregers nicht durch den Geschlechtsverkehr, durch Autoinokulation, beziehungsweise Berührung mit Individuen, welche an weichen Geschwüren

Digitized by Google

leiden, erfolgt, sondern wo die Infektion auf indirektem Wege durch mit Ulcus molle-Eiter verunreinigte Wäschestücke oder Instrumente zustande kommt.

Schon früher konnten wir beobachten, daß von Zeit zu Zeit ganz plötzlich eine große Zahl von mit Ulcus molle infizierten Patienten zur Aufnahme gelangte, daß diese kleinen Ulcus molle-Epidemien durch mehrere Wochen hindurch währten, worauf dann wieder durch lange Zeit hindurch keine auf fällige Vermehrung dieser venerischer Affektion auf der Klinik beobachtet wurde. In den letzten Kriegsmonaten ist es nun zu einer ganz außerordentlichen Verbreitung der Ulcus molle-Infektion gekommen, die sich sowohl in der Zivilbevölkerung als auch unter den Militärpersonen bemerkbar machte. So kamen allein auf unserer Klinik in den letzten 4 Monaten 135 Fälle von Infektion mit weichem Geschwür zur Behandlung. Von diesen Fällen bestand die eine Hälfte aus männlichen Individuen, die fast ausschließlich dem Arbeiterstande angehörten, während die andere Hälfte sich wieder fast nur aus klandestinen Prostituierten, Arbeiterinnen, Dienstmädchen und Kellnerinnen rekrutierte. Besonders auffallend war, wie eben erwähnt, die Verbreitung der Ulcus molle-Infektion unter der klandestinen Prostitution. Da diese in der jetzigen Zeit von der Sanitätspolizei, soweit dies überhaupt möglich ist, streng überwacht wird und in großer Zahl auf die zur Behandlung der Prostituierten dienenden Abteilungen eingeliefert wird, so konnte die Beobachtung gemacht werden, daß manchmal alle bei einem Transport eingelieferten Frauenspersonen mit Ulcus molle infiziert waren.

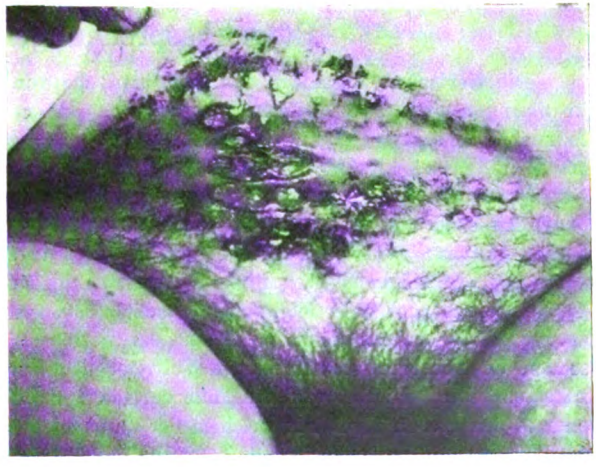
Die eben geschilderten Tatsachen lassen es begreiflich erscheinen, daß infolge der großen Verbreitung des Ulcus molle und der mit diese Erscheinung eng zusammenhängenden, ungünstigen, sexualhygienischen Verhältnisse, welche besonders durch die schwer zu bekämpfende Zunahme der klandestinen Prostitution in den letzten Monaten bedingt wurden, auch Fälle von extragenitaler Ulcus molle-Infektion öfters zur Beobachtung gelangten. Am häufigsten waren jene Fälle, wo besonders bei den weiblichen Patienten Ulcera mollia sich nicht direkt am Genitale, sondern in dessen Umgebung, Mons Veneris, auf hypertrophischen Analfalten usw. fanden. Diese ja auch sonst nicht allzuseltenen Fälle bedürfen keiner besonderen Erklärung, hier wurde die Infektion stets auf dem Wege des Geschlechtsverkehrs akquiriert. In folgendem soll über drei Fälle von extragenitaler Ulcus molle-Infektion berichtet werden, von welchen besonders der zuletzt zu schildernde ein gewisses Interesse für sich in Anspruch nehmen darf.

Der erste Fall betraf eine Prostituierte, welche wegen eines Zervixkatarrhes durch die Sanitätspolizei auf die Abteilung eingeliefert worden war. Bei der genitalen Unter-

Digitized by Google

suchung fand sich außer einem alten Zervixkatarrh keinerlei Veränderung am Genitale. Nach einigen Tagen ihres Aufenthaltes auf der Abteilung bat die Patientin um Behandlung einer angeblich nicht heilenden Fingerwunde. Nach Abnahme des von der Patientin selbst angelegten Verbandes am linken Zeigefinger, fand sich am Rücken desselben an der Haut über der letzten Phalanx nahe dem Nagel ein Geschwür, welches den Verdacht auf Ulcus molle nahelegte. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab reichlich vorhandenen Streptobazillus, in der ganz charakteristischen Fischzuganordnung. Es konnte dann anamnestisch erhoben werden, daß die Patientin, welche nach ihrer eigenen Angabe schon öfters mit Ulcus molle infiziert war, vor etwa vier Wochen wieder ein weiches Geschwür in der Karunkelgegend bekam und dasselbe allein mit Kupferstift behandelt hatte. Wie die Person selbst berichtet, kam sie dabei öfters gerade mit dem Zeigefinger der linken Hand, der wie die übrigen Finger noch derzeit zeigten, tiefe Rhagaden aufwies, mit dem Geschwür in Berührung und so ist es leicht verständlich, daß gerade an dieser Stelle die extragenitale Infektion mit dem DUCREY-Bazillus erfolgte.

Der zweite Fall betraf einen Offizier, welcher von einer anderen Klinik wegen einer Affektion an der Haut des linken Oberschenkels uns zur Untersuchung überwiesen worden war. Es fand sich etwa in der Mitte des linken Oberschenkels an der Haut ein ungefähr kronengroßes Geschwür, das zum Teil noch von Epidermisresten bedeckt war und dessen Oberfläche infolgedessen einen „siebartigen" Eindruck darbot. Am Genitale fand sich weder ein Geschwür noch Narben nach einem solchen. Im Eiter fand sich mikroskopisch typischer DUCREY. Die Anamnese ergab nun, daß zwar in letzter Zeit kein Koitus ausgeübt worden war, daß der betreffende Patient aber nach eigener Angabe vor etwa 14 Tagen in einer Weinstube mit den Fingern am Genitale einer Kellnerin manipuliert und sich kurz darauf eine juckende Stelle, welche eben der infizierten Hautpartie am linken Oberschenkel entsprach, mit den Nägeln der betreffenden Hand gekratzt hatte. In diesem Falle erfolgte also die Infektion mit dem Streptobazillus nicht unmittelbar durch Berührung mit dem weichen Geschwür, sondern indirekt durch Übertragung infektiösen Eiters mittels der verunreinigten Finger auf die Haut des Oberschenkels.



Der dritte Fall betraf eine 44 Jahre alte, ledige Frauensperson, die als Bedienerin in einem Nachtlokal beschäftigt war. Bei der Aufnahme fanden sich, wie aus der nebenstehenden Abbildung zu ersehen ist, in der durch den Hängebauch intertriginös veränderten Hautpartie sieben typische, zum Teil konfluierte, weiche Geschwüre und daneben, besonders am Rande der durch den Intertrigo gereizten Hautfläche, zahlreiche follikulare Impfgeschwüre. Im Eiter der Geschwüre fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung überaus reichlich der DUCREY-Bazillus in der typischen Anordnung. Dieser eben geschilderte Fall ist ein krasses Beispiel von mittelbarer Übertragung der Ulcus

Digitized by Google

molle-Infektion. Die Patientin, welche seit zehn Jahren keinen Geschlechtsverkehr gepflegt hat und bei der auch am Genitale beziehungsweise in dessen Umgebung keinerlei krankhafte Veränderungen konstatiert werden konnten, gab folgende bemerkenswerte Anamnese. Vor etwa drei Wochen fand sie am Klosett des erwähnten Nachtlokals ein Taschentuch, welches sie mit Wasser anfeuchtete, und da ihr der durch den Hängebauch bedingte Intertrigo schmerzhafte Beschwerden verursachte, in die intertriginös veränderte Hautfalte einlegte. Schon einige Tage später traten nach Angabe der Patientin mehrere kleine, schmerzhafte Pusteln in und um die Umschlagsfalte der betreffenden Hautpartie auf, welche allmählich die im Bilde dargestellte Geschwürsform annahmen. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir der Meinung sind, daß die Übertragung des Ducrey-haltigen Eiters in diesem Falle durch das auf die intertriginöse, also eine große Wundfläche darstellende Hautpartie aufgelegte Taschentuch stattgefunden hat. Diese Annahme gewinnt um so mehr an Wahrscheinlichkeit, als gerade in dem betreffenden Nachtlokale zahlreiche der klandestinen Prostitution angehörige Frauenspersonen und zum Teil daselbst als Animiermädchen und Kellnerinnen angestellt sind, und andererseits eben diese Mädchen nachweislich besonders in den letzten Monaten als fast ausschließliche Überträgerinnen der Ulcus molle-Infektion in Betracht kommen.

So unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß das wahrscheinlich von einer solchen mit weichem Schanker behafteten Person auf dem Klosett weggeworfene Taschentuch als Überträger der Infektion mit weichem Schanker in dem eben geschilderten Falle von extragenitaler Ulcus molle-Infektion angesehen werden muß.

Es stellt demnach dieser Fall einen neuerlichen Beweis dar für die Möglichkeit der mittelbaren, also indirekten Übertragung des Ulcus molle-Erregers durch mit Ducrey-Eiter verunreinigte Wäschestücke.

Bücherbesprechungen.

Die tierischen Parasiten des Menschen, die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen und ihre Heilung, bearbeitet von Max Braun-Königsberg und Otto Seifert-Würzburg. I. Teil: Naturgeschichte der tierischen Parasiten des Menschen von Max Braun. 407 Abbildungen, 5. Aufl. (Kurt Kabitzsch-Würzburg, 1915.) Braun hat die weit zersplitterte parasitologische Literatur eingehend studiert. Er beginnt sein Werk mit einer kurzgehaltenen einleitenden Schilderung der Parasiten und des Parasitismus. Es war wohl das Gegebene, die Parasiten in systematischer Reihenfolge zu behandeln und sie nicht nach ihrem Vorkommen im Menschen zu schildern. Braun konnte dadurch nach einer allgemeinen anatomischen, systematischen biologischen Schilderung der in Frage kommenden Klassen des Tierreiches dann ausführlich auf die besonders im Menschen schmarotzenden Vertreter übergehen, ohne sich allein auf diese zu beschränken. Hierbei wird die Fülle der Literatur erst so recht deutlich, und man erkennt den großen Fleiß, mit welchem der Verfasser diese Menge durchgearbeitet und das Wissenswerte zusammengestellt hat. Die große Zahl gut ausgeführter Abbildungen, die ein unbedingtes Erfordernis moderner naturwissenschaftlicher Lehrbücher ist, trägt wesentlich mit zum Verständnis der mitunter überaus komplizierten Verhältnisse bei. An der Hand des angehängten, sehr reichhaltigen Literaturverzeichnisses sind einem weiteren Studium spezieller Gebiete die Wege geebnet. Chrzelitzer-Posen.

Desinfektion, Sterilisation, Konservierung, von O. Solbrig. Aus Natur und Geisteswelt. (B. G. Teubner-Leipzig, 1914.) Nicht große Bücher, sondern kleine, handliche Darstellungen sind am besten geeignet, demjenigen, der sich über etwas infor-

Digitized by Google

mieren will, das Notwendige sofort mitzuteilen. Das zu besprechende Büchlein, 115 Seiten stark, erfüllt diesen Zweck in glänzendster Weise. Desinfektion, Sterilisation und Konservierung besitzen vielerlei Berührungspunkte und sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung für das allgemeine Gesundheitswesen und das wirtschaftliche Leben. Um so empfehlenswerter scheint mir dieses Büchlein, indem es dem Verfasser gelungen ist, in allgemeinverständlicher Weise dem Leser die Wichtigkeit dieser drei Faktoren vor Augen zu führen. Chrzelitzer-Posen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Über Sterilität des Mannes, von Eugen Brodfeld-Krakau. (M. Kl., 1913, Nr. 45.) In einem kurzen praktischen Hinweise über die Sterilität des Mannes nimmt Brodfeld zwei Formen dieser Anomalie an: 1. den Aspermatismus, bei welchem trotz normal verlaufender Kohabitation kein Sperma in die Genitalien der Frau gelangt; häufig infolge psychischer Momente, d. h. hemmender Einflüsse im Ejakulationszentrum und daher psychisch zu bekämpfen, oder infolge mechanischer Momente wie des Verschlusses der Ductus ejaculatorii, Harnröhrenstrikturen, Prostatatumoren. In diesen Fällen ist die Therapie, die in Beseitigung der Ursachen besteht, meist eine sehr dankbare; dieselben lassen sich meist leicht nachweisen, während sie im ersten Falle fehlen und doch häufig Pollutionen einzutreten pflegen. 2. Die Azoospermie, Oligospermie und Nekrospermie; diese häufigere Ursache der männlichen Sterilität ist entweder die Folge der Sekretionsunfähigkeit der Hoden (Neubildungen, Tuberkulose, Lues oder traumatische Schädigungen), wobei — außer bei der Lues — die Therapie ziemlich aussichtslos ist oder der Verschluß der Leitungsbahnen des Spermas. Dieser kommt zumeist durch die chronischen Infiltrate und Knoten zustande, die von einer Epididymitis resultieren. Das Zurückbleiben solcher Infiltrate soll am seltensten sein bei Behandlung der Epididymitis mit warmer essigsaurer Tonerde oder mit Bierscher Hyperämie, während bei Behandlung mit Eis der Prozentsatz 70% betrug. Auch die Funiculitis blennorrhoica duplex führt zur Obliteration der Samenwege. Bei Vesikulitis sind im Ejakulat in der Regel keine oder tote Spermatozoen vorhanden. Die Therapie ist machtlos und nur die Behandlung der Epididymitis in richtiger Weise, so daß es nicht zu chronischen Infiltraten kommt, kann den hohen Prozentsatz der auf diese Weise hervorgerufenen Azoospermie herabsetzen. O. Lasch-Breslau.

Die endoskopische Behandlung von nächtlichen Pollutionen, von A. Randall-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 2. Januar 1915.) Bei einer größeren Serie von jungen Leuten, die an abnorm häufigen und schwächenden Pollutionen litten, konstatierte Verfasser als das auslösende Moment einen chronischen Entzündungszustand der Urethralschleimhaut und namentlich des Colliculus seminalis. Diese Entzündungsvorgänge beruhten zum Teil auf vorheriger Masturbation, zum Teil auch auf blennorrhoischer Infektion. Gelegentlich waren auch Polypen vorhanden. Die operative Beseitigung der Gewächse hatte bei allen (drei) Patienten prompten Erfolg. Im übrigen hat sich neben anderen weniger wirksamen Mitteln das Argentum nitricum in starker Konzentration zu 10—20 und sogar 50% als die beste Behandlung erwiesen. Zur Beseitigung von hypertrophischem Gewebe kommt in einigen Fällen auch der Ätzstift als solcher zur Anwendung. Einen nützlichen Wink zur Vermeidung von unnötigen Beschwerden gibt

Digitized by Google

Verfasser, indem er betont, daß man die Urethra, nachdem die Höllensteinwirkung sich genügend geäußert hat, mit trockener Watte sorgfältig austupfen soll.

A. Philippi-Salzschlirf.

Anastomosierung des Vas deferens, von W. J. DE C. WHEELER-Dublin. (Brit. m. J., 7. Februar 1914.) Einen nützlichen kleinen Kunstgriff für die Vereinigung des durchtrennten Vas deferens schildert Verfasser folgendermaßen: man schiebt eine feine gerade Nadel zunächst in das Lumen des einen Endes vom Vas bis zur Hälfte ein und stülpt das andere Stück des Samenganges über das freistehende Stück der Nadel, bis beide Stücke Vas gut aneinanderliegen. Nach Anlegen der nötigen Nähte preßt man durch Druck auf die Öse der Nadel die Spitze derselben durch die Wand des Ganges heraus. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Diagnose der Geschwülste des Samenstranges, von HANCK-Posen. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 88, H. 2.) Tumoren des Samenstranges sind relativ selten beschrieben; Karzinom nur in einem Falle, zumeist Lipome, dann Sarkome und dann Fibrome. Von den beschriebenen Mischgeschwülsten und Dermoidzysten ist es zweifelhaft, ob dieselben vom Samenstrang oder vom WOLFFschen Körper oder dem MÜLLERschen Gange herstammen. HANCK hatte Gelegenheit, einen Tumor im Hodensack zu operieren, der weder mit dem Hoden noch dem Nebenhoden oder den Gebilden des Samenstranges in Verbindung stand, sondern nur durch einen feinen Stiel in seinem oberen Pol mit der Umgebung zusammenhing. Die Geschwulst sprang nach Durchtrennung der Haut geradezu aus der Wunde heraus, erwies sich beim Durchschneiden als eine Zyste mit starker Wandung und glatter Innenfläche und hatte im Innenraum kein Blut oder Sperma, sondern nur lockeres Eiweißgerinnsel. Mikroskopisch bestand die Wandung nicht aus Muskulatur, sondern nur aus zahlreichem fibrillärem Bindegewebe. HANCK fand in der Literatur nur drei ähnliche Fälle, deren Deutung ebenfalls nicht ganz klar war; er glaubt, daß es sich nicht um eine wirkliche Geschwulst, sondern um eine zystische geschwulstartige Bildung gehandelt habe, deren Entstehung wohl auf eine Hydrozele zurückzuführen ist. Allerdings muß nach dem Befunde bei der Operation angenommen werden, daß der Hydrozelensack abgesondert von dem Samenstrang lag, oder sich während des Wachstums von diesem isoliert hatte. O. Lasch-Breslau.

Beitrag zum Studium der Zysten des Funiculus spermaticus bindegeweblichen Ursprunges, von BENEDETTO FORMIGGINI-Bozzolo. (Riforma m., 1913, Nr. 46/47.) Zu den bis jetzt von FIORI und DONATI beobachteten, äußerst selten vorkommenden Krankheitsfällen, in welchen sich Zysten bindegeweblichen Ursprunges unabhängig von embryonalen Residuen entwickeln, fügt Verfasser einen neuen Fall hinzu und kommt auf Grund desselben zu folgenden Ergebnissen: 1. Samenstrangzysten rein bindegeweblichen Ursprungs sind nachzuweisen, 2. sie befinden sich gewöhnlich im hinteren Teile des Stranges, liegen sehr oberflächlich auf, sind leicht herausschälbar und zeigen keinen Zusammenhang mit anderen Elementen, 3. ihre Ätiologie und Pathogenese bleibt trotzdem dunkel, wenn man auch auf sie die Theorie VELPEAUS über die Hydrozele des Stranges anwenden kann, 4. ihre histologische Struktur ist sehr einfach und besteht aus reinem Bindegewebe, aus Blutgefäßen und elastischen Fasern, 5. die Flüssigkeit, die sie enthalten, hat den Charakter des Transsudates, 6. ihre klinische Diagnose ist sehr schwierig, um nicht zu sagen unmöglich. E. Rossen-Wiesbaden.

Die Dermoide des Samenstranges, von ROMEO MONTI. (W. kl. W., 1914, Nr. 32.) Innerhalb des linken Leistenkanals befand sich eine taubeneigroße Geschwulst, welche durch eine Operation entfernt wurde. Sie erwies sich als eine Zyste, deren Wand den gleichen Bau wie die äußere Haut aufwies. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Eine neue Methode zur Operation der Varikozele, von RICHARD FRANK. (Zbl. f. d. ges. M., 1914, Nr. 14.) Die neue Methode beruht auf einer künstlichen Inversio testis. Um jedoch durch das direkte Annähen des Lig. scrot. inf. an den äußeren Leistenring nicht eine allzu hohe Lage des Hodens zu bedingen, bildet F. aus der Fascia obliq. ext. einen Lappen, dessen Basis gegen den äußeren Leistenring gerichtet ist und nach unten umgeklappt wird, um dann mit dem unteren Skrotalband vereinigt zu werden. E. Brinitzer-Altona.

Über den Bau der menschlichen Samenblasen, von ERNST SEIFERT-Würzburg. (Anat. Anz., 1913, Nr. 6/7.) SEIFERT fand beim Durchsehen der Literatur nur sehr lückenhafte Angaben über den feineren makroskopischen Bau der Samenblasen des Menschen. Nur PALLIN hatte genauere Untersuchungen mit der Zelloidinkorrosionsmethode angestellt und deren Ergebnisse veröffentlicht; dieselben decken sich im wesentlichen mit denen von SEIFERT, der für seine Zwecke die Messerpräparationsmethode vorgezogen hatte. Obwohl der Verfasser wesentlich Neues nicht bringt als den Beweis, daß, wie PALLIN schon behauptet hatte, von einem genauen Schematismus in bezug auf die Abgangsstellen und Ausdehnung und Art der Divertikel nicht die Rede ist, verdient die Arbeit mit ihren vier sehr instruktiven und klaren Zeichnungen volle Würdigung und ist jedem, der sich für die speziellen anatomischen Verhältnisse der Samenblasen interessiert, zur Lektüre zu empfehlen. O. Lasch-Breslau.

Über den Bau der menschlichen Samenblasen, von R. PICKER-Budapest. (Anat. Anz., 1913, Nr. 15/16.) Prioritätsansprüche bezüglich der Untersuchungsmethode von Samenblasen und deren Resultate. Die Technik des Verfassers besteht in praller Füllung vom Vas deferens aus bei Unterbindung der Ductus ejaculatorii am Colliculus seminalis, Präparation, Röntgenuntersuchung. Die von SEIFERT beobachtete Inselbildung beruht auf einer Täuschung. Hinweis auf eine demnächst erscheinende Monographie des Verfassers über den Bau der menschlichen Samenblasen, die sich auf ein Material von 72 Präparaten stützt. O. Valentiner-Leipzig.

Über die Einwirkung des Jods auf die Hoden, von MAJERUS. (Zbl. f. Path., 1915, Bd. 26, H. 2.) ADLER hatte (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 75, S. 362) gefunden, daß nach Verabreichung verschieden großer Jodmengen seine Versuchstiere für längere Zeit vollständig steril wurden. M. hatte bei seinen Versuchen andere Ergebnisse. Eine gewisse Wirkung chronisch zugeführter Jodgaben auf die Tätigkeit der Hoden ließe sich nicht leugnen; sie sei aber inkonstant. Vielleicht bestehe sie nur in einer meist histologisch nicht nachweisbaren vitalen Schädigung der Spermatozoen. Die individuelle Reaktionsfähigkeit auf Jod sei offenbar bei derselben Tiergattung eine verschiedenartige. E. Brinitzer-Altona.

Hodenveränderungen bei den akuten und chronischen Infektionskrankheiten des Kindesalters, von K. FARAGÓ-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 13.) Verfasser untersuchte die Hoden der bis zum 20. Lebensjahre an Infektionskrankheiten verstorbenen Individuen. Das Material sammelte er möglichst rasch nach dem Exitus (sechs, sieben, acht Stunden später). Er fixierte sie in Formalin, bettete sie in Zelloidin ein und machte Schnittserien Hämatoxolin und nach VAN GIESON-Färbung. Das Bindegewebe war im Hoden in der Entwicklung zurückgeblieben, rundzellig infiltriert, und überdies war in den pathologischen Hoden auch die Hyalindegeneration sehr ausgeprägt. Während man in den normalen Hoden ab und zu kaum bemerkbare hyalinartig degenerierte Bindegewebsstreifchen sehen kann, trennte in den kranken Organen die Hodenkanälchen an einzelnen Stellen vollkommen hyalinisiertes homogenes Bindegewebe voneinander. Anderwärts ist das Bindegewebe nur ödematös durchzogen und geht sukzessive in das Hyalin und rundzellenartig infiltrierte Bindegewebe über. Von

Digitized by Google

den untersuchten 50 Hoden waren 49% pathologisch. KYRLE fand nur 85 bzw. 90%. Verfasser betrachtete nur die augenfällig veränderten Hoden als pathologisch. Bei den verschiedenen untersuchten Krankheiten verteilte sich das Verhältnis wie folgt:

Krankheit	normale Hoden	patholog. Hoden
Skarlatina	10	14
Morbilli	8	—
Tuberkulosis	2	4
Neugeborener Hoden (direkt letal konnte nicht nachgewiesen werden)	6	—
Diphtherie	—	4
Peritonitis nach Operation	—	2
	26	24

Nur bei den an Morbilli verstorbenen Kindern fand Verfasser streng intakte Hoden. In Fällen von Kryptorchismus entspricht das Bild der untersuchten Hoden ganz dem Bilde von Hoden der an akuten, infektiösen Krankheiten verstorbenen Individuen, so daß man zwischen den beiden Arten mikroskopisch keinen Unterschied feststellen kann. Auch ohne Krankheit, nur auf Grund angeborener Disposition, können die Hoden verkümmert, in der Entwicklung zurückgeblieben sein, aber Individuen mit verkümmerten Hoden haben für die Erwerbung von infektiösen Krankheiten viel mehr Neigung und zeigen diesen gegenüber eine viel geringere Widerstandsfähigkeit. Nach KYRLE kann bei einem Teil der untersuchten Hoden vorausgesetzt werden, daß die beobachteten Nierenveränderungen angeboren waren. M. Porosz-Budapest.

Beitrag zur Kenntnis der Hodeneinklemmung, von MAX FLESCH. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 87, H. 3.) FLESCH beschreibt einen „echten" Fall eines eingeklemmten Leistenhodens, d. h. einen Fall, in dem der nie deszendierte Hoden im äußeren Leistenring — hier infolge eines Traumas — eingeklemmt wurde, ohne Torsion oder Mitbeteiligung des Samenstranges, welche sonst das hauptsächlichste Moment für die Einklemmungserscheinungen gibt. Interessant ist, daß bei der sieben Stunden nach dem Trauma vorgenommenen Operation der Hoden bereits blauschwarz verfärbt als weiche, eiförmige Masse gefunden wurde, derart verändert, daß nach den mikroskopischen Untersuchungsergebnissen infolge der hochgradigen hämorrhagischen Infarcierung kaum noch normale Hodensubstanz vorhanden war. Ebenso bemerkenswert sind die enorm schweren Schokerscheinungen, die man fast bei jeder Hodeneinklemmung findet, und welche die Ansicht KOCHERS rechtfertigen, jeden Leistenhoden zu entfernen, sowie er Beschwerden macht. O. Lasch-Breslau.

Über die operative Behandlung des Leistenhodens, von KURT HANUSA-Kiel. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 87, H. 2.) Von ganz spezialistisch chirurgischem Standpunkte aus beschreibt und erörtert HANUSA die verschiedenen Operationsverfahren bei Leistenhoden; er beschränkt sich dabei auf die beiden Methoden von MAUCLAIRE (Synorchidie artificielle), die von VILLEMIN (Synorchidie ohne Eröffnung der Albuginea) und die von HELFERICH (einfache Fixation). Die Hauptrolle spielt die Frage der Gefäßversorgung des hinabgeleiteten Hodens. Das Resümee lautet dahin, daß die MAUCLAIRESche Methode keine wesentlichen Vorzüge vor den anderen Methoden besitzt.
O. Lasch-Breslau.

Eine Operationsmethode bei Kryptorchismus, von R. THOMPSON-London. (Lanc., 30. Mai 1914.) Die Operation ist auf das Festhalten des freipräparierten Hodens im Skrotum gerichtet. Es wird ein bogenförmiger Schnitt von etwa der Spina superior anterior längs dem Ligamentum Poupartii bis aufs Skrotum hinabgeführt. Nachdem der

Digitized by Google

Testikel ins Skrotum verbracht worden ist, wird in der Leistengegend ein ovales Stück Haut mit dem subkutanen Bindegewebe am Wundgebiet abpräpariert und zwischen die Wundränder des am Skrotum befindlichen Teils der ursprünglichen Inzision eingesetzt. Auf diese Weise erhält das Skrotum eine Vergrößerung und Festigung seiner Wandung. Das Verfahren hat sich bei zwei Fällen gut bewährt. A. Philippi-Salzschlirf.

Weitere Erfahrungen in bezug auf die Behandlung des retinierten Testikels, von E. M. Corner-London. (Brit. m. J., 23. Mai 1914.) Verfasser bestätigt die Erfahrung anderer Verfasser, daß die operative Befestigung des retinierten Hodens im Skrotum in der Regel schlechte Resultate gibt und namentlich oft zu Atrophie führt. Im allgemeinen ist es ratsam, den Hoden bloß von seiner adhärenten Umgebung abzulösen, so namentlich, wenn gleichzeitig eine Hernie besteht, um ein gewissermaßen spontanes Hinabtreten des Hodens ins Skrotum zu ermöglichen. Vielfach ist auch die glatte Exstirpation des Hodens geübt worden, was allerdings meist ohne weitere Störung verläuft. Andererseits bezeichnet Verfasser die intraperitoneale Einbringung des Hodens in die Bauchhöhle, die Orchidozölioplastik, die er bei etwa der Hälfte seiner Fälle geübt hat, als speziell für zweifelhafte Fälle angezeigt. Die Gefahr einer malignen Entartung besteht dabei nur in der Theorie. Im ganzen stellt C. folgende Indikationen auf: bei Patienten bis etwa zum fünften Lebensjahre soll man abwarten und nur bei gleichzeitiger Hernie operieren und die Orchidoplastik ausführen. In der Zeit bis zum 20. Lebensjahre soll man jedenfalls operieren und je nach der Art des Falles eine der drei Operationsmöglichkeiten wählen. Bei Patienten jenseits des 20. Lebensjahres ist die Orchidektomie angezeigt. A. Philippi-Salzschlirf.

Transplantation des Testikels, von Viktor D. Lespinasse-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 22. November 1913.) Die erste experimentelle Arbeit über Transplantation von Hoden bei Tieren stammt von Berthold im Jahre 1849. Der Erfolg oder Mißerfolg der Operation hängt zum großen Teil von der Größe des transplantierten Organes ab. Wird der Testikel in toto transplantiert, so kommt es meist zur Nekrose. Scheiben von 1—2 mm Dicke, die in gefäßreiches Gewebe, wie in Muskel oder Leber, transplantiert werden, haben Aussicht auf Wachstum. Testikel von Fröschen und Hühnern behalten ihre spermatogenetische Funktion und liefern Spermatozoen. Bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden sind die Resultate wechselnd; einige Experimentatoren berichten hier nur über Mißerfolge; andere berichten, daß die interstitiellen Zellen erhalten bleiben und funktionieren. Verfasser kann über die Transplantation an einem Menschen berichten. Ein 38jähriger Mann war beider Hoden verlustig gegangen und impotent geworden. L. implantierte ihm einen einem anderen Manne exstirpierten Hoden, der in Scheiben von etwa 1 mm Dicke geschnitten wurde. Diese Scheiben wurden zum Teil in den Rectus abdominis, zum Teil in das Skrotum versenkt. Heilung per primam intentionem. Vier Tage später hatte Patient eine starke Erektion mit deutlicher Libido; Erektions-, Kohabitationsfähigkeit und Libido dauerten zwei Jahre an, nach welcher Zeit Verfasser den Patienten aus dem Gesichtskreis verlor. H. Fendt-Wiesbaden.

Über das Schicksal des Hodens nach Entfernung der Tunica vaginalis und Tunica albuginea, von Hanaoka-Breslau. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 88, H. 3.) Wenn der der Tunica vaginalis und Tunica albuginea beraubte Hoden in die Skrotalhauttasche implantiert wird, so tritt zuerst eine Schädigung der Funktionstätigkeit des Testis ein; aber nach einer gewissen Zeit fangen die Samenkanälchen größtenteils an, sich wieder zu regenerieren und stellen 6—7 Monate nach der Operation ihre Funktion vollständig wieder her. Einige Reihen von Samenkanälchen in der Peripheriezone entarten allmählich bindegewebig und können sich nicht mehr regenerieren. Fünf Monate nach der Operation gehen sie vollständig zugrunde. W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Experimenteller Beitrag zur Frage des Regenerationsvermögens des Rete testis, von KYRLE-Wien. (Vh. d. D. pathol. Ges., 1913, XVI. Tagung.) Da, wo der Flexus pampiniformis aus dem Hoden austritt, wurden kleinere und größere Gefäßgebiete ligiert und dadurch wohl stets schwere Nekrosen im Hodenparenchym hervorgerufen. In manchen Fällen gelang es trotzdem das Rete zu erhalten und in all diesen war auch eine Proliferation seines Epithels zu konstatieren. Das kürzeste Intervall zwischen Operation und Untersuchung betrug elf Tage; in den betreffenden Präparaten fand man im Reteepithel bereits zahlreiche Mitosen, stellenweise Mehrschichtigkeit des Epithels. Bei einem Versuchstier, das zehn Monate nach dem Eingriff getötet worden war, fand sich ein umschriebener, aus derbem Bindegewebe, welchem unregelmäßig Gang- und Kanälchenformationen eingelagert sind, bestehender Knoten, der sich im Anschluß an Gefäßläsionen inmitten eines, als leicht atrophisch zu bezeichnenden Testikels etabliert hatte. Verf. meint nun, daß die Kanälchenbildungen vom Rete herstammen, d. h., daß das Reteepithel in diesen Herd eingedrungen ist und durch entsprechende Lagerung der Elemente zwischen den Bindegewebszügen zu diesen Formationen Anlaß gegeben hat.

G. Heymann-Elbing.

Tuberkulose des Hodens, von A. L. GOODMAN-New York. (M. Record, 24. Januar 1914.) Bei einem fast dreijährigen Kinde wurde der tuberkulöse, stark angeschwollene Hoden entfernt. Da das Kind sonst keinerlei klinische Anzeichen einer Tuberkulose aufwies, die Probe nach v. PIRQUET negativ war und die Familienanamnese keinerlei Tuberkulose eruieren ließ, wurde die Erkrankung als primäre isolierte Infektion antenatalen Ursprungs angesehen. Verf. führt einige ähnliche Fälle aus der Literatur an und geht auf die Pathologie der Erkrankung ein, aus der er schließt, daß eine direkte Infektion des Fötus durch das mütterliche Blut wohl möglich sei.

W. Lehmann-Stettin.

Tuberkulose des rechten Hodens, sekundär nach Entfernung des linken wegen Tuberkulose aufgetreten. Orchidektomie mit augenscheinlicher Heilung, von VICTOR COX PEDERSEN-New York. (New York m. J., 2. Mai 1914.) Zur Illustration der Tatsache, daß Tuberkulose des Urogenitaltrakts einer Seite die Tendenz hat, in mehr weniger fortschreitendem Maße andere Organe und die andere Seite zu befallen. In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen etwa 40jährigen Chinesen, bei dem vor ca. 1 Jahr der linke Hoden wegen Tuberkulose entfernt worden war und die Erkrankung des rechten Hodens bereits zwei Jahre zurückdatierte. Auch dieser wurde nun entfernt und zwar mit vollständigem Erfolge, indem Patient einige Monate später 25 Pfund Körpergewichtszunahme und entsprechende Hebung des Gesamtbefindens aufwies.

M. Stern-München.

Beitrag zur Klinik der Hodenneuralgie, von H. LUCE-Barmbeck. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 51, H. 3/6.) Die Kenntnis der Neuralgie des Plexus spermaticus resp. die grundlegenden klinischen Beobachtungen über Hodenneuralgien verdanken wir ASTLEY COOPER und ROMBERG, deren Schlußfolgerungen durch spätere klinische und Autopsieerfahrungen völlig bestätigt wurden. Nämlich: 1. die Schwere und Hartnäckigkeit der Neuralgie, 2. den Mangel eines pathologischen Befundes im exstirpierten Organ, 3. die Unsicherheit des chirurgischen Erfolges und das Rezidivieren der Neuralgie im andern Hoden oder im Samenstrange derselben Seite. Nach einer Rekapitulation der Daten der etwas komplizierten Nervenversorgung der Hoden teilt LUCE eine eigene Beobachtung sehr ausführlich mit. In dem beschriebenen Falle war irrtümlich eine primäre Hodenneuralgie angenommen, und die Exstirpation beider Hoden vorgenommen worden, während die Neuralgie nur ein Symptom einer zentralen Erkrankung war; wie nämlich der spätere Verlauf und der Sektionsbefund fast mit Sicherheit annehmen läßt, handelte

Digitized by Google

es sich um eine superfiziale Karies des 2.—4. Lendenwirbelkörpers mit schwieliger Pachymeningitis, die sieben Jahre ante exitum einsetzte, dann aber infolge eines achtwöchentlichen Krankenlagers (Typhus) zum Stillstand gekommen war; diese scheinbare Heilung hielt über sechs Jahre an, um dann frisch aufflammend von neuem Neuralgien des Skrotums, hinabreichend über die Hinter- und Innenfläche der Oberschenkel bis zum Knie entstehen zu lassen. Die Resektion der rechtsseitigen Nn. ileohypogastricus und spermaticus externus brachte keine Heilung. Der Patient ging bald darauf an einer interkurrenten Pneumonie zugrunde. Die Sektion ergab besonders eine schwere Veränderung der Zwischenwirbelscheibe zwischen dem zweiten und dritten Lendenwirbel und die oben erwähnten Befunde. Luce betont, daß dieser Fall Astley Coopers Ansicht: daß ein „irritable testis" verbunden mit Schmerzen in den Beinen und im Rücken und erhöhter Reizbarkeit des Magens fast stets ein Symptom einer zentralen Erkrankung sei. Zum Schlusse hebt der Verfasser hervor, daß es natürlich auch Hodenneuralgien rein orchidogenen Ursprunges ohne anatomischen Befund gibt, besonders bei Gichtikern.

O. Lasch-Breslau.

Orchiepididymitis der Kinder, von Jorge Comin. (Rev. Ibero-Amer., April 1914.) Ausführliche Beschreibung eines Falles von Hodentuberkulose, der keine weiteren Besonderheiten bot. R. Frühwald-Leipzig.

Über auffällige Befunde bei experimentellen Studien an Nebenhoden, von J. Kyrle und K. J. Schopper. (W. kl. W., 1914, Nr. 27.) Bei den an Hunden vorgenommenen Versuchen handelt es sich um Beobachtungen nach Resektionen am Nebenhoden und um Unterbindungen des Vas deferens. Bei Schonung des zuführenden Gefäßes tritt niemals eine Atrophie des Hodens ein. Dies entspricht gewissen kongenitalen Defekten beim Manne. Bei einem anderen Versuchstiere wurde die Kauda und das Corpus epididymis reseziert. Nach einem halben Jahre wurde das Tier seziert und bei der mikroskopischen Untersuchung der Hodenreste ergab sich, daß Sperma nicht bloß in den restierenden Kanälchen, sondern auch im Bindegewebe, zum Teil in größeren Herden nach Art von Infiltraten, gelagert war. Bei einem anderen Tiere wurden Spermien sogar in den Gefäßen, sowohl Arterien als Venen gefunden. Demnach dürfte die Möglichkeit bestehen, daß Sperma ins Zwischengewebe und ins Blut treten kann.

H. Vörner-Leipzig.

Akute, durch den Bacillus coli communis bedingte Epididymo-Orchitis, von W. D. Bonner. (Lanc., 1913, Nr. 4701, S. 996.) Ein 45jähriger Arbeiter fühlte beim angestrengten Heben einer schweren Kiste einen plötzlichen intensiven Schmerz im Abdomen, konnte aber bald nachher weiterarbeiten. Vier Tage später stellten sich häufiger Urindrang ein und nachher auch Schmerz im Hoden. Blennorrhoe war anamnestisch und auch auf Grund der bakteriologischen Untersuchung bestimmt auszuschließen. Dagegen wurden Kolibazillen im Urin und auch in der durch Punktion des stark geschwollenen Hodens resp. Nebenhodens gewonnen. Nach Inzision des Skrotums entleerte sich eine geringe Menge Materie, die aus zerfallenen Tubuli des Hodens und Nebenhodens zu bestehen schien. Unter Behandlung mit einer autogenen Vakzine von Kolibazillen erfolgte schließlich vollständige Heilung. A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Behandlung der Nebenhodentuberkulose, von W. Anschütz-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 1.) Während man immer mehr von der chirurgischen Behandlung der Tuberkulose zur konservativen zurückgekehrt ist, herrscht doch wenigstens unter den Chirurgen große Übereinstimmung über die Notwendigkeit schnellen chirurgischen Eingreifens bei Tuberkulose der Niere, weil von hier aus die Tuberkulose weiter auf die Blase oder die andere Niere verbreitet werden kann, und die operative Statistik eine viel bessere Heilungsziffer als bei der konservativen Behandlung ergibt. Ähnlich wie

Digitized by Google

bei der Niere liegen die Verhältnisse bei den Nebenhoden wegen der Gefahr der Infektion der Prostata und Blase und des zweiten Nebenhodens; doch gehen hier die Ansichten der Chirurgen noch sehr auseinander wegen der Differenz der Meinungen: ob die eventuelle Weiterverbreitung testipetal oder testifugal geschieht; selbst bei doppelseitiger Erkrankung hat die vollständige Kastration noch viele Gegner. Der Verfasser behandelt nun diese Frage im Zusammenhange mit der Genitaltuberkulose überhaupt, da er meint, daß sich allgemeingültige Regeln für die Behandlung der Nebenhodentuberkulose nur bei Berücksichtigung des Zustandes der übrigen Genitalorgane aufstellen lassen. Von den Ergebnissen der rein chirurgischen Arbeit seien summarisch nur folgende Punkte hervorgehoben: da statistisch bei einseitiger Nebenhodentuberkulose die Erkrankung der anderen Seite nur in 25—30% bei frühzeitiger Kastration vorkommt gegen sonstige 50—75%, so soll man auch, wenn leichte Komplikationen tuberkulöser Natur in anderen Organen vorliegen, radikal operieren. Bei schweren tuberkulösen Komplikationen anderer Organe muß man differenzieren, da einerseits die Mortalität in diesen Fällen eine große ist, andererseits die Zahl der bei scheinbar verzweifelten Fällen durch Kastration erreichten günstigen Resultate keine geringe ist. Bei doppelseitiger Erkrankung nach früherer Kastration der einen Seite soll die andere konservativ mit Resektion oder Auskratzung behandelt werden. Bei gleichzeitiger Erkrankung beider Seiten soll die stärker veränderte Seite radikal, die andere konservativ behandelt werden; bei starken fistulösen Prozessen Castratio duplex, immer mit Rücksichtnahme auf den Grad der Erkrankung anderer Organe; die hohe Exstirpation des Vas deferens ist wohl angebracht; die von erkrankten Samenblasen unnötig. Durch Exstirpation des tuberkulösen Nebenhodens heilen tuberkulöse Hodenherde leichter aus; jedenfalls scheint dem Verfasser diese Operation nach seinen guten Resultaten mehr empfehlenswert als früher. Zur Klärung dieser Fragen schlägt der Verfasser eine Sammelstatistik durch Fragebogen vor. O. Lasch-Breslau.

Über Röntgenbehandlung bei Nebenhodentuberkulose, von Wilhelm Friedländer-Berlin-Schöneberg. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Verfasser hat sechs Fälle von Nebenhodentuberkulose mit außerordentlich günstigem Resultat bestrahlt. Schon nach einer Erythemdosis (unter 2, später 3 mm Aluminiumfilter) ließen Schmerz, Spannung und der fühlbare Tumor im Nebenhoden wesentlich nach. Toxische Nebenwirkungen, die man auf die Resorption tuberkulöser Toxine hätte beziehen können, wurden nicht beobachtet. Verfasser empfiehlt die Röntgenbehandlung der Nebenhodentuberkulose angelegentlich. H. Rausch-Darmstadt.

Epididymotomie, von Carlisle P. Knight-Stapleton-N. Y. (J. Am. m. Assoc., 31. Jan. 1914.) K. hat bei fünf Kranken mit blennorrhoischer Epididymitis die von Eckels angegebene Epididymotomie ausgeführt. Die Operation besteht in einem kleinen Einschnitt in die Tunica vaginalis, wobei sich etwa vorhandenes Exsudat entleert, mit darauffolgender Stichelung des Nebenhodens. Ist kein Eiter vorhanden, so erfolgt Verschluß durch Naht, andernfalls werden zur Drainage einige Seidenfäden eingelegt. Lokalanästhesie ist ausreichend, besonders bei fehlender Orchitis. Diese Therapie sollte die Methode der Wahl bei Epididymitis werden. Sämtliche Symptome gehen unmittelbar nach der Operation zurück; Neigung zu Rezidiven ist nicht vorhanden; die Dauer der Erkrankung wird bedeutend abgekürzt. H. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von primärem Karzinom des Nebenhodens, von Y. Sakaguchi (Frankf. Zschr. f. Path., 1914, Bd. 15, Heft 1.) Im Nebenhoden, besonders in seinem Körperteil, ist der Geschwulstprozeß weit fortgeschritten, indem sich hier viele Nekrosen und Blutungen und im Schwanzteil sowie im Vas deferens verschiedene pathologische Veränderungen, wie reichliche Desquamation der Kanälchenepithelien und Bildung amorpher

Digitized by Google

Massen im Kanälchenlumen zeigten. Das Zwischengewebe ist stark kleinzellig infiltriert und die Gefäße dilatiert. Die Geschwulst hat sich von hier aus nach dem umgebenden Hoden verbreitet, sowie Metastasen in den verschiedenen Organen gesetzt. Die Geschwulstzellen sind deutlich epithelartig und haben große Ähnlichkeit mit den Kanälchenepithelien des Nebenhodens, besonders deren Basalzellen. Nach dem Sitz des Tumors und der frühzeitigen Beteiligung der Kanälchen, sowie nach der Morphologie der Geschwulstzellen ist die Entstehung mit Wahrscheinlichkeit von dem Epithel der Nebenhodenkanälchen ausgegangen. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Frage der operativen Behandlung der Varikozele, von Istomin. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 3.) J. bespricht die zwei Hauptgruppen der operativen Behandlung der Varikozele: 1. die Radikaloperationen, d. h. die Resektion der erweiterten Venen des Samenstranges, und 2. die Operationen, welche darauf hinausgehen, ein zuverlässiges „inneres Suspensorium" zu schaffen, um den Hoden in erforderlicher Höhe zu suspendieren und dadurch den Blutdruck in den Venen des Plexus pampiniformis herabzusetzen. Bei der ersten Methode werden die Kranken zwar von den Beschwerden, die mit der Grundkrankheit verknüpft sind, befreit, es treten aber nach der Resektion der Venen degenerative Prozesse in dem Hoden auf, so daß der klinische Effekt dieser Operation dem Effekt der Kastration gleichgestellt werden kann. Bei den vielfachen bis jetzt geübten Methoden der zweiten Hauptgruppe (Schaffung eines „inneren Suspensoriums") kommt es zu häufigen und rasch entstehenden Rezidiven. J. empfiehlt zur Erzielung einer zuverlässigeren Suspension aus der frisch transplantierten Fascia lata ein „inneres Suspensorium" herzustellen. (Genaue Angabe der Operationstechnik.)
E. Brinitzer-Altona.

Die Behandlung der Hydrozele mit besonderer Berücksichtigung der Karbolinjektionen, von R. H. Herbst-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 19. Dez. 1914.) Mit der Injektion von flüssiger Karbolsäure (95%) in den Hydrozelesack bei der Punktion hat Verfasser gute Erfahrungen gemacht, nachdem er die Vorsicht gebraucht hat, nach Entleerung des Serums zunächst mit sterilem Wasser gründlich auszuspülen, bis auf Zusatz von Salpetersäure keine Fällung am Spülwasser mehr eintritt. Frühere Mißerfolge führt er darauf zurück, daß ein etwaiger Rest von Hydrozeleflüssigkeit mit der Karbolsäure eine Schicht von unlöslichem Albumen an den Wandungen bilden kann. Es werden 10—12 ccm Karbol eingeführt, und nachdem man den Überschuß hat wieder auslaufen lassen, injiziert man etwa 15 ccm Alkohol. Am Tage nach der Operation ist oft eine ziemlich starke Schwellung vorhanden, die aber bald definitiv vergeht.
A. Philippi-Salzschlirf.

Über Paradidymitis erotica acuta, von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 1.) Verfasser berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von schmerzhafter Schwellung „zwischen dem linken Hoden und der Leistenbeuge" und glaubt dieselbe, da jedes Zeichen einer Blennorrhoe ausgeschlossen werden konnte, auf eine trotz starker geschlechtlicher Aufregung völlige sexuelle Abstinenz hervorgerufene Zurückstauung der Samenmasse — und zwar durch einen präformierten Verbindungskanal — in die ausnahmsweise gut erhaltene Paradidymis zurückführen zu sollen. Unter innerlicher Brom- und äußerlicher Bleiwassertherapie verschwanden die Beschwerden schnell. E. Rossen-Wiesbaden.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Über Soldatendermatosen, von Julius Fürth-Wien. (W. m. W., Militärarzt, 49. Jahrg., 1915, Nr. 3.) Verfasser bespricht die in seinem Lazarett vorkommenden Dermatosen der Soldaten und die übliche Therapie. Es kommen vor allem in Betracht die Schweißdrüsenanomalien, Intertrigo, Furunkulose, Skabies, Urticaria e cimicibus, Pedikulosis, Pityriasis rosea und versicolor. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Ausschußsitzung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, am 18. April 1915. In den 44 Jahren, die seit dem Kriege 1870/71 verflossen sind — für die Geschichte der Medizin eine denkwürdige und inhaltsreiche Epoche, wie wohl nie zuvor —, haben auch unsere Vorstellungen von den Geschlechtskrankheiten eine völlige Umwälzung erfahren. Das gilt nicht nur für die Ätiologie, sondern auch für die Pathologie; wissen wir doch heute, daß die Syphilis und nicht minder die Blennorrhoe für die gesamte menschliche Pathologie eine Bedeutung haben, von der noch die vorige Generation der Ärzte keine Ahnung hatte. Da, wie die Geschichte gezeigt hat, mit allen Kriegen eine starke Steigerung der Geschlechtskrankheiten einherzugehen pflegt, so war es für jeden Einsichtigen klar, daß auch in dem gegenwärtigen Kriege die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eines der wichtigsten hygienischen Probleme bilden würde, und schon bald nach Ausbruch des Krieges begann in der medizinischen Literatur von allen Seiten eine lebhafte Diskussion.

Die großen nationalen Organisationen — bei uns die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten — waren mit die ersten auf dem Plan, durch Aufklärung und Warnung, durch die Befürwortung energischer Schutz- und Abwehrmaßnahmen die Aufmerksamkeit auf die große Tragweite der ganzen Frage zu lenken.

Nach fast neun Kriegsmonaten hat sich nun am 18. April der Ausschuß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zusammengefunden, um das bisher Geleistete zu erörtern und zu beraten, was für die Zukunft noch zu tun sei. An der stark besuchten Sitzung beteiligten sich u. a. der Präsident des Reichsgesundheitsamtes, Vertreter des Reichsversicherungsamtes, Direktoren und Vorstandsmitglieder der Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen, die Reichstagsabgeordneten Dr. Struve und Fräßdorf, sowie verschiedene Militärärzte, die direkt aus dem Felde gekommen waren.

Von vornherein wurde anerkannt, daß die oberste Heeresleitung neuerdings mit großer Energie und unleugbarem Geschick Abwehrmaßregeln getroffen hat. Daß trotzdem noch viel zu tun übrigbleibt, ist bei der Kompliziertheit des Problems und der Unmöglichkeit, eine „effektive Blockade" wie bei den anderen Infektionskrankheiten durchzuführen, nicht verwunderlich.

Man kam zu der Überzeugung, daß die schon von verschiedenen Seiten in Angriff genommene Aufklärungstätigkeit energisch fortgeführt werden müsse. Die von der Heeresleitung selbst verteilten, sowie die von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einer Auflage von 2 Millionen verbreiteten kurzen Merkblätter, sowie die Flugschriften der Gesellschaft, sollen auch nach wie vor ihre Wirkung ausüben. Hinzu tritt noch auf Anregung der Landesversicherungsanstalten ein von den großen Organisationen der Arbeiter, Techniker, Werkmeister

Digitized by Google

und Angestellten verfaßtes kurzes Merkblatt, das in einer Auflage von 5 Millionen Exemplaren gedruckt werden und ebenfalls vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten warnen soll. Der Hauptwert aber wurde auf die mündliche Belehrung gelegt. Als besonders geeignet hierzu wurde eine vom beratenden Hygieniker der 7. Armee, Professor Uhlenhuth, verfaßte Anleitung, sowie ein im Verlage von J. F. Lehmann-München erschienener kleiner Atlas für die Belehrung der Mannschaften bei Gesundheitsbesichtigungen angesehen.

In der Heimat sollte jede Neuformation bald nach der Einberufung in ähnlicher Weise belehrt werden. In den Kasernen und Lazaretten sollen entsprechende Plakate zum Aushang kommen, welche von der Gesellschaft unentgeltlich geliefert werden.

Als dringend notwendig wurde es auch bezeichnet, die gefährdeten Frauen in der Heimat aufzuklären und sie zu veranlassen, beim ersten Verdacht einer Infektion einen Arzt aufzusuchen. Es wurde vorgeschlagen, von Zeit zu Zeit geeignete Artikel in der Krankenkassen- und Gewerkschaftspresse zu publizieren, von den Krankenkassen selbst aufklärende Vorträge und Versammlungen für ihre Mitglieder veranstalten zu lassen.

Was die Behandlung der geschlechtskranken Soldaten betrifft, so war man sich einig, daß diese — soweit wie irgend möglich — in spezialistisch geleiteten Abteilungen erfolgen solle. Bei jeder Armee sollte ein beratender Venerologe — zum mindesten als sachverständiger Beirat des beratenden Hygienikers — zur Verfügung sein.

Das schwierigste Problem bildet natürlich die Prostitution. Da ihre vollkommene Sanierung nicht zu erreichen ist, so sollte man versuchen, die sich prostituierenden Frauen, wenn man sie nicht ganz abschieben kann, so doch bis zum Friedensschluß festzuhalten. Wo dies nicht durchführbar ist, sollten alle Überwachungsmaßnahmen unter Kontrolle deutscher Spezialärzte vor sich gehen.

Das wichtigste Schutzmittel im Kampf gegen die Prostitution sind zweifellos die persönlichen Prophylaktika, sowohl der Kondom, als auch die verschiedenen chemischen Schutzmittel. Hier darf keine Prüderie obwalten. Es muß dafür gesorgt werden, daß den Truppen der Bezug von Schutzmitteln in jeder Weise erleichtert werde; unter allen Umständen ist zu fordern, daß nach erfolgtem Beischlaf eine prophylaktische Schutzbehandlung vorgenommen wird. — Ohne vorherige Gesundheitsuntersuchung sollte keinem Soldaten Urlaub erteilt, venerisch Infizierten der Urlaub verweigert werden. Alle Maßnahmen sollten — soweit es die militärischen Rücksichten zulassen — auch auf die jüngeren Offiziere Anwendung finden.

Natürlich darf man sich mit diesen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen nicht begnügen, sondern muß alles, was den Anreiz zum außerehelichen Verkehr steigert, zu entfernen suchen. Die Deutsche Gesellschaft schlägt hierzu folgende Maßnahmen vor:

a) Wirtschaftliche und soziale Fürsorge für die arbeitslose weibliche Bevölkerung in der Heimat und im Okkupationsgebiet, b) möglichste Einschränkung und Überwachung der Privatquartiere, c) Einschränkung des Abendurlaubs, d) Einschränkung des Alkoholkonsums, Bereitstellung von alkoholfreien Ersatzgetränken, e) Verbot der weiblichen Bedienung, sowie überhaupt des Aufenthalts von weiblichen Personen in den Animierkneipen, Estaminets, Bars und ähnlichen Lokalen, f) Abkürzung der Polizeistunde, g) Schaffung von Soldatenheimen mit Lese-, Schreib- und Unterhaltungsräumen, h) Verbot der Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Kurpfuscher, Verbot, sich durch Annoncen und Plakate zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten anzubieten.

Einen ausgedehnten Raum nahmen die Erörterungen ein, was bei Friedensschluß mit den Geschlechtskranken zu geschehen habe, um eine Massenverseuchung

Digitized by Google

der Familien zu verhüten. Da die Erfahrung lehrt, daß schon gegen Ende der Kriege, zur Zeit des Waffenstillstands, die Geschlechtskrankheiten besonders stark anzusteigen pflegen, so war man sich darüber klar, daß schon bei Eintritt des Waffenstillstandes alle prophylaktischen Maßnahmen mit besonderer Strenge durchgeführt werden müssen. Bei Friedensschluß selbst aber müssen alle während des Krieges an venerischen Krankheiten behandelten Kriegsteilnehmer untersucht, die noch Ansteckungsfähigen bis zur Heilung eventuell als Besatzungsmannschaften im Okkupationsgebiet zurückbehalten werden. Und zwar gelten diese Maßnahmen nicht nur für die aktiven Soldaten, sondern auch für die übrigen Militärbeamten wie Eisenbahner, Postbeamte, Armierungssoldaten, Arbeiterkolonnen u. dgl. Gegen den — an sich ja sehr wünschenswerten — Vorschlag, alle Kriegsteilnehmer vor Entlassung in die Heimat auf Blennorrhoe und Syphilis zu untersuchen (auch mit Zuhilfenahme der Blutuntersuchung), wurden von verschiedenen Seiten, namentlich wegen der technischen Schwierigkeiten, Bedenken geäußert.

Den nicht mehr Ansteckungsfähigen, aber noch Heilungsbedürftigen muß sofort bei der Heimkehr Gelegenheit zur Behandlung geboten werden. Mit besonderer Freude wurde das Vorgehen der Träger der staatlichen Versicherung begrüßt, welche sich bereit erklärt haben, Mittel zu diesem Zweck in großem Umfange bereitzustellen. Geplant sind Einrichtungen etwa im Sinne der Fürsorgestelle, wie sie seit Januar 1914 von der L. V. A. der Hansestädte in Hamburg eingerichtet wurde und die sich dort sehr gut bewährt hat.

Von juristischer Seite waren Bedenken geäußert worden, ob nicht die Namhaftmachung der noch Behandlungsbedürftigen von seiten der Militärbehörden an die Versicherungsanstalten eine Verletzung der durch § 300 des R. Str. G. B. vorgeschriebenen Schweigepflicht bedeuten könne. Diese Bedenken sind aber, wie auch aus einem von Herrn Landesrat Dr. Freund eingeholten Gutachten hervorging, in diesem Falle, als einer Nennung von Behörde zu Behörde, unbegründet.

Jedenfalls wird man alle Hebel in Bewegung setzen müssen, um zu verhindern, daß zu den vielen Wunden, die der Krieg dem Volke geschlagen, auch noch die Geschlechtskrankheiten hinzukommen. Schon vor dem Kriege ist viel über den Geburtenrückgang geschrieben und gesprochen worden, nach dem Kriege werden wir es doppelt nötig haben, eine gesunde und arbeitskräftige Generation großzuziehen. Blennorrhoe aber und Syphilis wirken auf die Quantität und Qualität des Nachwuchses in hohem Grade verderblich ein. Daher muß mit allen Mitteln und auf allen Wegen der Kampf gegen diese Krankheiten energisch forgeführt werden.

Am 21. März wurde im Universitätsgebäude zu Parma die Marmorbüste von Vittorio Mibelli enthüllt. Die Gedenkrede hielt Prof. Mario Pelagatti-Parma.

Prof. Ernst v. Düring, früher Direktor der dermatologischen Klinik in Kiel, ist in Baden-Baden ärztlich tätig.

Dr. Benjamin Lipschütz, gewesener Assistent der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Wieden (Prof. Ehrmann, Primar. Rusch), zurzeit in Rußland kriegsgefangen, erhielt die Venia legendi für Dermatologie und Syphilis an der Universität Wien.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

12. Juni 1915 | Nr. 24 | Band 60

Aus der k. k. böhmischen dermatologischen Klinik in Prag
(Vorstand: Hofrat Prof. Dr. V. Janovský).

Ein Beitrag zur Kenntnis der präkanzerösen Wucherungen.

Von

Dr. Anton Tryb, Assistent der Klinik.

In Nr. 4 der Derm. Woch. d. J. erschien von Grisson und Delbanco eine interessante Arbeit unter dem Titel „Monströser Tumor der Genitalgegend". Die histopathologische Grundlage des geschilderten Falles erinnert uns an einen an unserer Klinik behandelten Fall, welcher auch in dieser Wochenschrift (1913, Bd. 57, S. 819) publiziert wurde. Es ist nicht nur eine gewisse Ähnlichkeit der Prozesse, welche uns zu diesen Zeilen anregt, sondern auch eine wichtige Epikrise, welche wir der damaligen Arbeit beifügen wollen.

In unserem Falle handelte es sich allerdings nicht um so große Tumoren (welche an den Lippen saßen), jedoch weisen die beiden Fälle, nicht nur in klinischer Hinsicht, sondern auch was die histologischen Befunde anbelangt, große Ähnlichkeiten auf. Kurz rekapitulierend steht in unserer Arbeit folgendes:

„Die Haut um den Mund herum zeigt eine knollenartige Schwellung, so daß die Lippen — besonders die Oberlippe — elefantiastisch verdickt erscheinen. Einzelne kleine Hautbezirke sind geschwulstartig emporgehoben, zwischen ihnen verlaufen zahlreiche Furchen. Dabei bleibt die Haut vollständig glatt und trocken, an den Lippen ist sie fast normal gefärbt, das Lippenrot matt livid mit etwas grauem Ton. Die Konsistenz der einzelnen knollenartigen Geschwülste ist derb, jedoch nicht gerade hart."

Auf der Basis dieser Wucherungen (welche sowohl dem klinischen als auch dem histologischen Bilde nach als ein tuberöses Syphilid diagnostiziert wurden) entstanden allmählich von der Mitte der Oberlippe ausgehend andersartige Gebilde: „ein Herd von dichtgedrängten, papillären Geschwülsten, welche dünn, filiform, hellrosa bis hellrot von Farbe, sehr leicht bluteten und stark empfindlich waren." Diese Vegetationen verbreiteten sich sekundär über die ganzen Lippen im Bereiche der primären, knollenartigen Tumoren. Ihre Ausbreitung war eine derartige, daß man zu einer radikalen Entfernung greifen mußte. Da der Grundprozeß nach energischer antiluetischer Kur sich sehr besserte, und auch

Digitized by Google

die Akanthome — welche von der spezifischen Therapie absolut unbeeinflußt blieben — entfernt wurden, entzog sich der Patient der klinischen Beobachtung für längere Zeit. Unsere zitierte Arbeit erschien nach einer mehr als achtmonatigen Beobachtung des Falles. Der histologische Befund (der papillären Exkreszenzen) sprach absolut für eine gutartige Vegetation, ein Akanthom. Es heißt da:

„Eine enorme Wucherung und Hypertrophie der Stachelzellen springt sofort ins Auge. Die Papillen sind filiform verlängert und erscheinen — schon makroskopisch — als lange Fäden, deren Epidermis überall an der Oberfläche stark verhornt ist. Nach Gram-Weigert können wir die mantelartige Verhornung der einzelnen Zellen ziemlich tief verfolgen. Die interzellulären Brücken sind infolge länger andauernden Ödems ziemlich stark gelockert, jedoch gilt dies nur stellenweise, und mehr von der superbasalen Schicht. In den fadenförmigen papillären Erhebungen bleiben die Epithelfasern sehr gut erhalten. Die Herxheimerschen Spiralen sind fast überall verschwunden, wiederum ein Zeichen von länger andauerndem, starken Ödem in der Basalschicht und den anliegenden Bindegewebspartien. Nirgends kommt es zu einer ausgesprochenen Vakuolisation der Epithelzellen. Hier und da kann man eingedrungene Leukozyten in den Lymphspalten antreffen."

Die elongierten Papillen enthalten reichlich Gefäße, deren Wände von Plasmazellen — meist großen — eingehüllt sind. Die klaffenden Venen sind mit roten Blutkörperchen vollgepfropft, so daß wir uns die häufigen Blutungen selbst bei geringstem Trauma so leicht erklären können.

Gegen die subpapilläre Schicht ist die Epithelwucherung fast in gerader Linie scharf abgegrenzt. An den Randpartien der papillären Exkreszenzen kann man die frische Akanthose der senkrecht wuchernden Epithelzapfen, die nirgends eine Neigung zur Verzweigung zeigen, beobachten."

Der Fall wurde als ein sekundär entstandenes Akanthom auf einer durch gummöse Prozesse gereizten Basis aufgefaßt — in derselben Weise, wie an vernachlässigten Lupusstellen, oder einer balanitischen Vorhaut Vegetationen entstehen, ohne zu dem Grundprozeß in anderer Beziehung zu stehen, wie es unser Fall deutlich erscheinen ließ. Die primären luetischen Wucherungen zeigten eine vollkommen normale Epidermis, unter welcher sich reine Plasmome entwickelten.

Einige Monate später jedoch zeigten sich andere Erscheinungen. Der Patient kam mit einem fünfmarkstückgroßen Geschwür der Oberlippe, welches typisch karzinomatös war. Eine etwaige Operation war hoffnungslos, außerdem wollte der Kranke von derselben nichts hören. Und so wurden bei ihm Röntgenbestrahlungen solatii causa unternommen, welche jedoch keinen Erfolg hatten. Die Wangen, die Haut der Kiefer zerfielen fast unter unseren Augen, so daß in drei Monaten unterhalb der Nase eine große Höhle klaffte, in welcher sich die geschwollene Zunge mühsam bewegte. Dieser Zustand entwickelte sich binnen drei Monaten, worauf der Kranke ausblieb. Die Drüsen wurden nicht in Mitleidenschaft gezogen. Im übrigen verweisen wir auf die oben erwähnte Arbeit.

Digitized by Google

Wir glauben, diese kurze Schilderung sei nicht uninteressant als Beitrag zu der Arbeit von Grisson und Delbanco. In unserem Falle steht es fest, daß wir es mit reinen Vegetationen zu tun hatten, welche durch den Reiz der Operation einen malignen Charakter angenommen hatten. Der Patient selbst gab an, daß das große Geschwür an einer Stelle entstand, wo eine Naht platzte, was plausibel erscheint. Allerdings hat der Eingriff die Metaplasie nur akut gemacht, da diese ja sonst — zwar später — aber doch sich ebenfalls eingestellt hätte. Wir wollen dasselbe nicht von den Eingriffen der Autoren behaupten, aber es wäre möglich, daß auch hier irgend welche Reize (Urin, Mazeration) auf ursprünglich gutartige Wucherungen einen bösartigen Einfluß gehabt haben könnten. Eine andere Frage wäre die, auf welchem Grunde der akanthotische Prozeß überhaupt entstand. Durch diese Bemerkung wollen wir auch durchaus nicht an der richtigen Auffassung der Autoren zweifeln, da wir überzeugt sind, daß die erwähnte Möglichkeit einer Metaplasie von gewöhnlichen Vegetationen aus ebenfalls bei ihnen in Betracht kam, und sie dafür Gründe gehabt haben, diese fallen zu lassen. Wir wollen nur die alte Tatsache betonen, daß man selbst bei einem absolut günstigen histologischen Bilde — wie z. B. in unserem Falle — in der Prognose vorsichtig sein muß. Das ist vom klinischen Standpunkte aus von großer Bedeutung. Jedenfalls war die luetische Basis in unserem Falle an dem rapiden Zerfall, der das Feld beherrschte, viel schuld, was uns ja die obliterativen Prozesse an den Gefäßen leicht verständlich machen, doch ist das sicher nicht der einzige Grund der malignen Metaplasie. Wir betonen nochmals, daß sich monatelang bei den benignen Akanthomen absolut keine Zeichen irgend welcher „Unruhe der Zellen“ nachweisen ließen.

Unsere Präparate der gutartigen Akanthome stellen wir gerne zur Verfügung. Histologische Bilder des Karzinomstadiums fehlen leider, da der Patient zu keinem Eingriff mehr zu bewegen war. Allerdings kann man dem klinischen Bilde nach an der Diagnose nicht zweifeln.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Klinik in Bern (Direktor Prof. Jadassohn).

Über einen durch Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor bei einem Melker.

Von

Dr. Paul Lauener.

(Schluß.)

In meinem Fall hat die Wanderung der Kuhhaare, jedenfalls soweit nachweisbar, nur auf kurze Strecken hin stattgefunden. Vielleicht hat gerade die starke entzündliche Reaktion einen weiteren Transport derselben verhindert. Es bedarf keiner weiteren Erörterung darüber, daß die von mir beobachteten Knotenbildungen, mit dem, was man als „Melkerknoten" bezeichnet, nichts zu tun haben. Unter der letzteren Bezeichnung kann man mit Recht eigentlich nur die knotigen Bildungen verstehen, welche an den Daumen durch die Reibungen am Euter beim Melken auf rein mechanischem Wege entstehen, und welche somit in ihrer Pathogenese vollständig anderen mechanisch bedingten Schwielen (Arbeitsschwielen) gleichzusetzen sind. Irgend welche Infektionen, sei es mit dem Kuhpockenvirus oder mit anderen Infektionserregern, können nicht wohl als Melkerknoten bezeichnet werden.

Daß die Haare, wenn sie einmal in die Epidermis, resp. in die Kutis eingedrungen sind, in dieser weiterbefördert werden, kann nicht wundernehmen. Die aktiven Bewegungen der Finger sowohl als auch reibende Bewegungen an diesen geben dazu genügend Gelegenheit.

Bei den einzelnen wenigen Haaren, welche in meinen Präparaten in der Hornschicht und im Rete oberhalb der Infiltration zu konstatieren waren, könnte man im Prinzip sowohl annehmen, daß es sich um solche handelt, die an einer anderen Stelle in die Haut eingedrungen und nun wieder in der Elimination begriffen, als auch, daß es eindringende seien. Im letzteren Falle muß man allerdings supponieren, daß sie in eine Lücke der Hornschicht eingedrungen wären, die sich nachträglich schon wieder geschlossen hätte. Denn daß die Kuhhaare in geschlossene Hornschicht sich einbohren, erscheint doch recht unwahrscheinlich. Die Haare machten unzweifelhaft mehr den Eindruck, als wenn sie auf dem Weg in die Haut und nicht aus ihr heraus wären. Speziell ein längeres Haarstück, das zum Teil im Rete, zum Teil in der Kutis lag, ließ diese Annahme viel wahrscheinlicher erscheinen, da es doch schwer vorstellbar ist, daß ein so langes Haar so unversehrt die entzündliche

Digitized by Google

Neubildung wieder verlassen sollte. Auch daß an diesen Stellen die Entzündung keineswegs besonders stark und oft gerade nicht eitrig war, spricht gegen die Annahme der Elimination dieser Haare.

Das gleiche bezieht sich auf die in der Fistel befindlichen und von deren Lumen aus teils in die Seitenwände, teils in die Spalte an deren Grunde hineinragenden Haare. Auch hier hat man viel mehr den Eindruck der Ein- als der Auswanderung. Damit soll natürlich nicht gesagt werden, daß nicht sowohl durch das Epithel auf dem Wege der Krustenbildung, als durch die Fistel Haare den Körper auch wieder verlassen können. In welchem Umfange das geschieht, entzieht sich meiner Beurteilung. Aus der Bemerkung des Patienten aber, daß er sich Haare aus der Fistel herausgezogen habe, kann man weitere Schlußfolgerungen nicht wohl ziehen, denn es ist doch sehr wohl möglich, daß er Haare wieder entfernt hat, die gerade erst eingedrungen waren.

Was die Fistel selbst angeht, so konnte ich nicht eruieren, in welcher Beziehung sie zu einem ursprünglich vorhandenen Riß steht. Es kann natürlich sein, daß sie aus einem solchen sich dadurch entwickelt hat, daß das Oberflächenepithel in einen gerade durch den Fremdkörper, ferner auch durch die eitrige Exsudation offen gehaltenen Substanzverlust hineingewachsen ist. Es kann aber auch sein, daß sie erst nachträglich entstanden ist, indem ein durch die Haareinwanderung bedingter Abszeß sich nach außen geöffnet hat und dann die Abszeßperforationsstelle — aus den eben angeführten Gründen offen gehalten — sich epidermisiert hat. Die weitere Entwicklung der entzündlichen Neubildung durch die Haarimplantation ist ohne besondere Schwierigkeiten zu verstehen. Aus der histologischen Schilderung geht hervor, daß es sich im wesentlichen um ein buntes Gemisch von akuter eitriger und chronischer granulierender Entzündung mit Übergang in Narbenbildung handelt. Im Prinzip müssen wir zweierlei ätiologische Momente auseinanderhalten: einmal die Infektion und dann die Fremdkörperwirkung.

Welche Art von Bakterien teils von der Hautoberfläche des Patienten, teils auf den Kuhhaaren eingedrungen sind, kann ich nicht behaupten, da kulturelle und tierexperimentelle Untersuchungen leider nicht vorgenommen worden sind. Die Kokken, welche ich mikroskopisch im Gewebe nachgewiesen habe, entsprechen dichten Rasen von Staphylokokken. Es ist auch wohl das wahrscheinlichste, daß die banalen Mikroorganismen die Träger der Infektion gewesen sind, da irgend welche Anzeichen eines spezifischeren Prozesses nicht zu finden waren.

Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir die histologischen Zeichen der akuten eitrigen Entzündung auf die Bakterien zurückführen. Die eitrigen Herde fanden sich zum Teil unmittelbar im Anschluß an

Digitized by Google

die implantierten Haarstücke, zum Teil auch fern von diesen, was durch den Transport von Bakterien ja einfach zu erklären ist. Daß diese Eiterung trotz des chronischen Verlaufs der Erkrankung sich florid gehalten hat, ist nicht auffallend, da auf der einen Seite immer wieder neue Infektionserreger mit neuen Haaren, aber auch ohne solche eingedrungen sein können, andererseits aber infektiöse Prozesse selbstverständlich längeren Bestand haben, wenn mit den Bakterien Fremdkörper sich im Gewebe eingenistet haben. Daß die Haare aber auch — sogar zum größten Teil — von den Zeichen der akuten eitrigen Entzündung frei waren, das kann einmal dadurch erklärt werden, daß sie schon längere Zeit im Gewebe lagerten und darum trotz der ursprünglichen Infektion der akute eitrige Prozeß in einen chronischen bis zur Bildung eines narbigen Gewebes übergegangen war, zum Teil aber können natürlich auch einzelne Haare ohne pathogene Infektionserreger eingedrungen sein.

Die Entscheidung, wieviel und was von dem gesamten Prozeß auf die Mikroben — wieviel auf die Fremdkörper zurückzuführen ist, wird kaum zu fällen sein. Die gleiche Schwierigkeit begegnet uns wohl bei allen nicht experimentell bedingten Fremdkörperwirkungen, bei denen Infektionen vorhanden oder wenigstens nicht auszuschließen sind. Im vorliegenden Fall ist diese Entscheidung besonders noch dadurch erschwert, daß es unmöglich ist, bei den einzelnen Prozessen etwas über die Dauer ihres Bestehens auszusagen, da ja die Haare wahrscheinlich zu sehr verschiedenen Zeiten eingedrungen sind.

Wir werden aber trotz dieser Schwierigkeiten einen gewissen Anteil des gesamten Prozesses auf die Fremdkörperwirkung als solche zurückführen müssen. Denn einmal kann man wohl auf Grund zahlreicher anderer Erfahrungen kaum bezweifeln, daß auch die Haare als solche eine Irritationswirkung ausüben. In diesem Sinne sprechen unsere Kenntnisse über die histologischen Veränderungen beim Untergang von Follikeln ohne nachweisbare Infektion, wie bei Follikularzysten, bei Lichen pilaris usw., bei denen sich kleine Herde von entzündlicher Infiltration mit Riesenzellen finden. Dann aber sind doch auch in unseren Präparaten die Zeichen einer solchen anscheinend reinen, d. h. nicht infektiösen Fremdkörperwirkung vorhanden.

Wenn ich im Anschluß an Leber und an die große experimentelle und histologisch-kritische Arbeit von H. v. Baeyer über die Einheilung von Fremdkörpern im Organismus diese Frage einer kurzen Besprechung unterziehe, und zwar mit Rücksicht auf die verschiedenen Punkte, welche nach diesen Autoren für die Art der Einteilung, resp. für die Reaktion des Gewebes auf den Fremdkörper von Bedeutung sind, so brauche ich wohl kaum zu betonen, daß Gewicht und Größe bei den Haaren nicht

Digitized by Google

in Frage kommen. Was ihre Konsistenz angeht, so kann man bei ihnen wohl von einer weichen biegsamen Masse sprechen, die allerdings auch eine gewisse Widerstandskraft hat, wie aus der geradlinigen Lage mancher längerer, günstig getroffener Haarstücke in meinen Präparaten hervorgeht. Wenn v. Baeyer zusammenfassend betont, daß weiche Fremdkörper durchwachsen, harte eingekapselt werden, so stehen die Haare in dieser Beziehung etwa in der Mitte, denn sie werden, wie meine Präparate zeigen, zum Teil eingekapselt, zum Teil durchwachsen. Man kann wohl annehmen, daß, solange die Einkapselung nicht eine ganz feste bindegewebige ist, die Durchwachsung noch immer möglich ist. Vielleicht werden gerade die Haare früher durchwachsen, welche zunächst zu einem eitrigen Prozeß Anlaß geben, durch den sie leichter desorganisiert werden. Ist dann der eitrige Prozeß zum Abschluß gekommen, so kann die Durchwachsung leichter vonstatten gehen.

Die bei der Einheilung von Fremdkörpern ebenfalls wichtige Porosität ist bei den unverletzten Haaren jedenfalls von vornherein sehr gering. Doch geht ja aus der von mir gegebenen Beschreibung zur Genüge hervor, daß den lytischen Kräften des Organismus schließlich doch ihre Zersplitterung und Desorganisation gelingt. An einzelnen Haaren konnte man geradezu Risse in der Rinde sehen, durch die Zellen aus der Umgebung einwanderten.

Die Oberflächenbeschaffenheit ist nach v. Baeyer vor allem dann von Wichtigkeit, wenn es sich um Bewegung von Fremdkörpern handelt. Erst bei Bewegung kommen die zerstörenden Momente der rauhen Fremdkörper zur Geltung; es bildet sich entweder eine Zyste, in der der Fremdkörper ballotiert, oder er bahnt sich vermöge seiner Eigenschaften einen Weg im Gewebe, er wandert, wie wir es besonders von Nadeln kennen.

Bei den Haaren ist die Oberfläche im ganzen makroskopisch glatt, aber es kommen Rauhigkeiten vor durch Anlegung von Schuppen, durch Ablösung von Hornpartikeln usw. Wieweit die bekannte Tatsache, daß durch die Anordnung der Schüppchen der Kutikula das Haar von der Spitze nach der Wurzel zu sich minimal rauh anfühlt, für die Wanderung der Haare von Bedeutung ist, muß ich dahingestellt lassen.

Besonderen Wert legt v. Baeyer, wie erwähnt, auf den Einfluß der Bewegung. Nicht bloß Zystenbildungen kommen durch sie zustande, sondern auch immer wieder neue Reizungen, Fortschreiten des Prozesses und Ausstoßung der einverleibten Substanz — die „Wanderung" von Fremdkörpern. Die Bewegung spielt bei den Haaren eine große Rolle, wie aus unseren Präparaten zur Genüge hervorgeht. Nach den Berichten meines Gewährsmannes können sie sogar über weite Strecken ohne besondere (wenigstens klinische!) Reaktion wandern.

Digitized by Google

Aus alledem geht zur Genüge hervor, daß die Haare auch als solche und zwar als chemisch nicht indifferente Fremdkörper eine Reaktion bedingen müssen. Wir wissen, daß speziell Riesenzellenbildung, Infiltration mit Lymphozyten und Plasmazellen, Gefäßneubildung und weiterhin Entwicklung von narbenähnlichem Bindegewebe durch solche Fremdkörper auch ohne jede Infektion hervorgerufen werden können.

Ich habe mich bemüht, Analoga zu meinem Fall in der Literatur aufzufinden; zu meinem Erstaunen war die Ausbeute eine sehr geringe. So reichlich einzelne klinische Angaben über Fremdkörperneubildungen und so reichlich die Arbeiten über experimentelle Einverleibung von Fremdkörpern (speziell zum Studium der Entzündung) sind, so wenig finden sich genauere histologische Beschreibungen von klinisch beobachteten Fremdkörpertumoren. Ich gebe hier zum Vergleich eine kurze Auswahl aus der Literatur, ohne natürlich auf Vollständigkeit irgend welchen Anspruch zu machen.

Die der unsrigen ähnlichste Beobachtung finde ich bei Ziegler, der einen durch Einheilung eines Hundehaars bedingten Tumor abbildet. Sehr häufig sind entzündliche Neubildungen bekanntlich um Ligatur- und Nahtfäden (E. Kraus, Granulations- und Riesenzellenbildung, ebenso Lesser usw.). Ähnlich sind die Riesenzellenbildungen um Elfenbeinstifte (Aufrecht), die Granulationen um Glassplitter (Braeuchli), um Baumwollfäden (v. Recklinghausen). Nicht selten wurden Fremdkörperneubildungen im Peritoneum beobachtet, so von C. Meyer (Riesenzellenhaltige Granulome bedingt durch Cholesterinkristalle, die aus einer geplatzten Ovarialzyste ins Peritoneum gelangt waren); von v. Recklinghausen (Fremdkörpertumor im Peritoneum um ein bei einer Operation zurückgelassenes Schwammstück); von Hanau (Fremdkörpergranulome um Nahrungsreste, die durch eine Magenperforation bei Karzinom in die Bauchhöhle gelangt waren).

Relativ oft wurden klinisch beobachtete Fremdkörperentzündungen von den Ophthalmologen zum Gegenstand eingehender Studien gemacht. So berichtet z. B. Pagenstecher über Fremdkörperriesenzellen, welche durch ein Raupenhaar in der Iris bedingt waren; in einem Fall Hagemanns hatten Insektenhaare in der Iris und Konjunktiva zu dem gleichen Resultat geführt usw.

Weiter kann man zum Vergleich heranziehen die entzündlichen Veränderungen, welche sich bei den sogenannten traumatischen Epithelzysten einstellen. Diese werden bekanntlich dadurch bedingt, daß Stückchen von Epidermis durch ein Trauma in die Kutis verlagert werden und sich dort weiterentwickeln oder auch — nach einer neueren Erklärung — dadurch, daß Haarfollikel verletzt werden und ihre Reste verhornende Epithelmassen in der Kutis bedingen. Hier wie bei den eigentlichen Atheromen wirken mit dem Bindegewebe in unmittelbare Berührung tretende Hornlamellen als Fremdkörper und führen besonders zu Riesenzellenbildung. Ähnlich werden auch die Riesenzellen bei Karzinomen und bei allen möglichen zu Follikelzerstörung führenden Hauterkrankungen aufgefaßt.

Ein letztes Vergleichsobjekt stellen Fremdkörpertumoren dar, welche sich nach Injektionen medikamentöser Substanzen entwickeln, wie bekanntlich von Paraffin, Jodölen, Eisen- und Quecksilberpräparaten usw., speziell solcher Substanzen, welche schwer resorbiert werden und Nekrosen bedingen.

Außerordentlich viel zahlreicher sind, wie erwähnt, die Untersuchungen über

Digitized by Google

experimentell in den Tierkörper eingebrachte Fremdkörper. Es ist unmöglich, hier auf die enorm angewachsene Literatur über dieses Thema einzugehen, und ich erwähne nur die Arbeiten von Senftleben, Rosenberg, Weiss, Hamilton, Emil Marchand, Heidenhain, Jacobson, Ziegler, v. Recklinghausen, Borst, Sulzer, Graser, Roloff, Ranvier, Muscatello, und ganz vor allem die eingehenden Untersuchungen von Felix Marchand und Maximow, welche die genauesten und modernsten Beschreibungen der bei den experimentellen Fremdkörperentzündungen auftretenden Zellformen geben und ihre gegenseitigen Beziehungen besonders zu klären versucht haben. Auch in der oben bereits zitierten Arbeit von v. Baeyer sind genaue Beschreibungen der von ihm durch chemisch wenig und stark differente Körper erzeugten Veränderungen gegeben (Elfenbein, Hartgummi einerseits, Silber, Aluminium, Eisen, Messing und Kupfer andererseits).

Besonders möchte ich hier noch auf die Arbeit von Büngners hinweisen, welcher durch Versuche mit Terpentin, Jodoform und mit Staphylokokken die Meinung, daß Riesenzellenbildung nur durch die Anwesenheit von Mikroorganismen bedingt sei (Nägeli), widerlegte. Auch in unserem Fall hatte ich vielmehr den Eindruck, daß die Riesenzellenbildung von den Fremdkörpern als solchen und nicht von der Infektion abhängig sei.

Wenn ich mit Rücksicht auf den wesentlichen Inhalt dieser Arbeiten noch besprechen soll, was sich aus unserer Beobachtung für die histologische, resp. histogenetische Betrachtung der Fremdkörpertumoren ergibt, so kann ich mich nach der oben gegebenen histologischen Beschreibung und den die Pathogenese erörternden Bemerkungen auf einiges Wenige beschränken.

Es ist selbstverständlich, daß auch die eingehendste Untersuchung eines einzelnen Falles und noch dazu eines solchen, bei dem Fremdkörperwirkung und Infektion Hand in Hand gehen, nicht gestattet, Stellung zu nehmen zu den schwierigsten Fragen der Entzündungshistologie, speziell zu den Beziehungen der verschiedenen Zellformen zueinander, die selbst bei experimentellen Untersuchungen, wie z. B. aus der Arbeit v. Baeyers hervorgeht, vielfach unentschieden gelassen werden müssen.

Nur folgendes möchte ich betonen:

1. Wie bei vielen infektiösen Hauterkrankungen akuter und chronischer Natur spielt auch bei unserem Fall die Plasmazellenansammlung eine besonders große Rolle. Da sie auf der einen Seite bei den einfachen Pyodermien fehlt oder minimal ist, andererseits aber auch bei nicht infizierten Fremdkörperentzündungen nicht besonders ausgesprochen zu sein scheint, so werden wir vielleicht in der Annahme nicht fehlgehen, daß in unserem Falle gerade die Kombination der Infektion und der Fremdkörperwirkung zu dieser Plasmombildung geführt hat — wenn auch möglicherweise nur in dem Sinne, daß, wie oben bereits erwähnt, durch die bleibende Anwesenheit und Erneuerung der Fremdkörper und der Infektion diese im chronischen Sinne umgestaltet worden ist.

Die Massenhaftigkeit der Plasmazellen, ihre Anhäufung weit über

Digitized by Google

die Herde der Infektion und der Fremdkörper hinaus läßt an die Möglichkeit denken, daß es sich hier um ein „Plasmozytom" gehandelt haben könnte, d. h. um ein aus Plasmazellen bestehendes Neoplasma im eigentlichen Sinne, zu dem Fremdkörper resp. Infektion nur den Anstoß gegeben hätte, das sich dann aber (gleichsam emanzipiert von der ursprünglichen Ursache) selbständig weiter entwickelt hätte. Eine solche Auffassung würde z. B. der Hedingers entsprechen, welcher eine außergewöhnlich starke Plasmazellenansammlung im Anschluß an ein karzinomatös degeneriertes Schweißdrüsenadenom als wirkliches Plasmozytom bezeichnet.

Doch wird sich die Notwendigkeit einer solchen Auffassung wohl niemals beweisen lassen, wenn die ursprüngliche Ursache, wie in unserem Falle, fortwirkt und nicht wirklich fern von dem Ort ihrer Wirksamkeit, also etwa metastatisch, Plasmazellentumoren aufzufinden sind.

2. Trotz sehr reichlicher Gelegenheit dazu habe ich beweisende Umwandlungen von Plasmazellen in Bindegewebszellen nicht gesehen, wie solche bekanntlich Unna beschreibt. Eine weitere Erörterung dieser Frage würde hier viel zu weit führen.

3. Sehr instruktiv sind die Bilder von der Einkapselung der Haare. Sie erinnern, wie ich oben schon betont habe, an die von v. Baeyer beschriebenen Befunde bei seinen aseptisch eingeheilten, chemisch differenten Fremdkörpern. Am wahrscheinlichsten ist es wohl, daß die innere zellreichere Zone so lange bestehen bleibt, wie die Haare noch einen chemischen Reiz ausüben, und daß sie allmählich in die äußere zellarme übergeht. Auch das spricht in dem Sinne, daß die Haare keine chemisch indifferente Masse für den Körper darstellen, wie solche nach v. Baeyers Untersuchungen übrigens kaum existieren.

4. Von besonderem Interesse ist das Eindringen der Haare ins Epithel. Die Bilder, die ich speziell von der Fistel beschrieben habe, scheinen dafür zu sprechen, daß, sowie die Haare mit dem Rete in Berührung kommen, dieses sie umwächst und mit einer Hornschicht umgibt. Im Gegensatz zu dem, was man sonst am Epithel zu sehen gewohnt ist, müssen aber solche Haare nicht mit der Hornschicht nach außen abgestoßen, sondern sie können augenscheinlich inkorporiert werden. Das kann entweder darauf beruhen, daß sie entsprechend ihrer Widerstandsfähigkeit immer weiter von Epithel- und Hornschicht umwachsen und bei Bewegungen allmählich in die Tiefe gebracht, oder daß sie von vornherein wenigstens an einem Punkte mit dem Bindegewebe in Berührung kommen und dann erst vom Epithel umwachsen werden.

Digitized by Google

Literatur.

1. Aufrecht, Riesenzellen in Elfenbeinstiften. M. Zbl., 1877, Nr. 26. — 2. Baumgarten, Rolle der fixen Zellen bei der Entzündung. B. kl. W., 1900, Nr. 39 u. 40. — 3. v. Baeyer, Fremdkörper im Organismus. Einheilung. Beitr. z. klin. Chir., 1908, Bd. 58. — 4. Benaghi, Über die Wirkung von Fremdkörpern auf den tierischen Organismus. Virch. Arch., Bd. 156, II. — 5. Bolognesi, Sulla intraduzione di paraffina fusa. Clin. Chir., 1905. — 6. Borst, Chronische Entzündung. Ergebnisse d. allgem. pathol. u. path. Anat., 1899. — Borst, Neue experimentelle Beiträge zur Fremdkörpereinheilung. Verhandl. der deutschen pathol. Gesellschaft, 1899, 2. Tagung. — 7. Böhm, Traumatische Epithelzysten mit Fremdkörperriesenzellen in der Haut. Virch. Arch., Bd. 144. — 8. Bräuchli, Granulationsgeschwulst, hervorgerufen durch Glassplitter. Inaug.-Diss., Zürich 1897. — 9. v. Büngner, O., Über die Einheilung von Fremdkörpern unter der Einwirkung chemischer und mikroskopischer Schädlichkeiten. Arch. f. kl. Chir., Bd. 50. — v. Büngner, O., Über die Einheilung von Fremdkörpern unter der Einwirkung chemischer und mikroskopischer Schädlichkeiten. Zieglers Beiträge, Bd. 19. — 10. Des Fosses, Des cas de kystes epidermiques des doigts. Arch. génér. de méd., Januar 1895. — 11. Ehrlich, L., Ursprung der Plasmazellen. Virch. Arch., Bd. 175. — 12. Foà, Ergebnisse pathol. Anatomie, 1908. — 13. Fischer, Fremdkörper in der Herzwand. D. m. W., 1902, Nr. 35. — 14. Le Forl, Des kystes dermoides traumatiques. Revue de Chirurgie, Bd. 14, S. 1013. — 15. Garré, Über traumatische Epithelzysten der Finger. Bruns Beitr. zur klin. Chir., 1894, Bd. 11. — 16. Grusdew, Zur Frage von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Russkj. Wratsch., 1906 u. Zbl. f. Chir., 1906, Nr. 41. — 17. Heidenhain, Über die Verfettung fremder Körper in der Bauchhöhle. Breslau 1872. — 18. Hanau, Korr. Bl. Schweiz., Jahrg. 21. — 19. Hamilton, On sponge grafting. Edinburgh J., 1881/82, Bd. 27. — 20. Hammerl, Über die beim Kaltblüter in Fremdkörper einwandernde Zellformen und deren weitere Schicksale. Zieglers Beitr., 1896, Bd. 19. — 21. Hinsberg, Über die Beteiligung des Peritonealepithels bei der Einheilung von Fremdkörpern. — 22. Jacobson, Über das Vorkommen von Riesenzellen in gut granulierenden Wunden der Weichteile des Menschen. Virch. Arch., Bd. 65. — 23 Jarisch, Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. Arch. f. Derm., 1894, Bd. 28. — 24. Kirschner, Paraffininjektionen am menschlichen Gewebe. Virch. Arch., Bd. 182. — 25. Kopeč, Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der tuberkelähnlichen Gebilde in der Bauchhöhle vom Meerschweinchen unter Einwirkung von Fremdkörpern. Zieglers Beitr., 1904, Bd. 35. — 26. Kraus, Fremdkörperriesenzellen um Sutur- und Ligaturfäden. Virch. Arch., 1884, Bd. 95. — 27. Krompecher, Beitrag zur Lehre von den Plasmazellen. Zieglers Beitr., Bd. 24. — 28. Lager, Die Lehre von den Fremdkörpern. Inaug.-Diss., Tübingen 1891. — 29. v. Lesser, L., Über das Verhalten von Katgut im Organismus. Virch. Arch., 1884, Bd. 95. — 30. Lubarsch, Neueres über Entzündungslehre. D. m. W., 1898, Nr. 32—35. — 31. Manasse, Über Granulationsgeschwülste mit Fremdkörperriesenzellen. Virch. Arch., Bd. 136. — 32. Marchand, Emil, Über die Bildungsweise der Riesenzellen im Fremdkörper und den Einfluß des Jodoforms darauf. Virch. Arch., 1883, Bd. 93. — 33. Marchand, Felix, Untersuchungen über die Einheilung von Fremdkörpern. Zieglers Beitr., 1889, Bd. 4. — Marchand, Felix, Prozeß der Wundheilung. Stuttgart 1901. — 34. Maximow, Untersuchung über die entzündliche Neubildung des Bindegewebes. Zieglers Beitr., 1902, 5. Supplementbd. — Maximow, Weiteres über Entstehung, Struktur und Veränderung des Narbengewebes. Zieglers Beitr., 1903. — 35. Merkel, H., Herkunft der einzelnen Zellarten bei der Entzündung. Ergebnisse der allg. Pathol., 1903, Bd. 9. — Merkel, H., Entzündliche und infektiöse Neubildungen

Digitized by Google

und pathologische Organisation. Lubarsch-Ostertag 1905. — 36. Meyer, C., Fremdkörperperitonitis mit Bildung von riesenzellenhaltigen Partien. Zieglers Beitr., 1893, Bd. 13. — 37. Oppel, Veränderungen des Myokards unter der Einwirkung von Fremdkörpern. Virch. Arch., Bd. 169. — 38. Pagenstecher, Sitzungsbericht über die XV. Versammlung der ophthalmol. Gesellschaft. — 39. Paltauf, Entzündliche und infektiöse Neubildungen, Lubarsch-Ostertag, 1895, 2. Bd. — 40. v. Recklinghausen, Virch. Arch., Bd. 28, S. 157. — 41. Reverdin, Des kystes epidermiques des doigts. Rev. Suisse Rom., 1887, Bd. 7. — 42. Reinbach, Untersuchung über den Bau verschiedener Arten von menschlicher Wundgranulation. Zieglers Beitr., 1901, Bd. 30. — 43. Ribbert, Beiträge zur Entzündung. Virch. Arch., Bd. 150. — 44. Rosenberg, Über das Einheilen unter aseptischen Kautelen und das Schicksal frischer und toter Gewebsstücke in serösen Höhlen. Langenbecks Arch. f. klin. Chir., 1880, Bd. 25. — 45. Rühle, Neue experimentelle Beiträge über die Vorgänge bei der Fremdkörpereinheilung. Inaug.-Diss., Würzburg (1899) 1901—1902. — 46. Salzer, Über Einheilung von Fremdkörpern. W. kl. W., 1890, Nr. 8. — 47. Schweninger, Beitrag zur experimentellen Erzeugung von Hautgeschwülsten durch subkutan verlagerte Hautstücke. Charité-Annalen, 1886, Bd. 11. — Schweninger, Über Transplantation und Implantation von Haaren. Zschr. f. Biol., 1875, Bd. 11. — 48. Scheuer, Fremdkörperriesenzellen um degenerierte elastische Fasern. Virch. Arch., 1912, Bd. 208. — 49. Senftleben, Beitrag zur Lehre von der Entzündung und den dabei auftretenden korpuskulären Elementen. Virch. Arch., 1878, Bd. 72. — 50. Stein, Paraffininjektionen. Stuttgart 1904. — 51. Stüler, Organismus und Fremdkörper. Inaug.-Diss., Jena 1894. — 52. Trebensky, Entzündung und Resorption nach Einführung spezifischer und nichtspezifischer Fremdkörper. Arch. f. Derm., 1909, Bd. 95. — 53. Trendelenburg, Schußverletzung des Herzens mit Einheilung der Kugel. Zbl. f. Chir., 1902. — 54. Vigliani, Jahresbericht für Chirurgie, 1907. — 55. Wagemann, Über pseudotuberkulöse Entzündung der Konjunktiven und Iris durch Raupenhaare. Graefes Arch. f. Ophthalmol., Bd. 36. — 56. Waimann, Epidermoide mit Einschluß von Fremdkörpern. Zbl. f. Chir., 1902. — 57. Weiß, Über Bildung und Bedeutung der Riesenzellen und über epithelähnliche Zellen, welche um Fremdkörper im Organismus sich bilden. Virch. Arch., 1876, Bd. 68. — 58. Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. — Ziegler, Über entzündliche Bindegewebsneubildung. C. f. a. P., 1902, XIII. — 59. Zieler, Über die bei aseptischer Entzündung des Bindegewebes auftretenden Zellformen. Arch. f. Derm., 1907, Bd. 85.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. Hoden- und Samenbläschen.

Wechselbeziehungen zwischen Hoden und Prostata, von B. Hada und A. Götzl. (Prag. m. W., 1914, Nr. 32.) Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungen haben die Frage behandelt, welchen Einfluß die sogenannten „sexuellen" Operationen auf Hoden und Prostata nehmen. Es ergab sich 1. beiderseitige Kastration: sehr rasches Auftreten von Atrophie in der Prostata bei Kaninchen und Hund. 2. Unterbindung und Durchschneidung beider Vasa deferentia: a) Hund. Der Hoden bleibt ohne Veränderungen, wofern die das Vas deferens begleitenden Nerven und Gefäße bei der Operation nicht geschädigt werden. Prostata vollkommen unverändert. b) Kaninchen. Fast immer Atrophie der Hoden, weil bei der Operation eine Schädigung der den Samenstrang begleitenden Nerven und Gefäße nicht zu vermeiden ist. Prostata dabei vollkommen un-

Digitized by Google

verändert. 3. Injektion von Jodtinktur in den Hoden von Kaninchen: heftige Entzündung und konsekutive Schrumpfung des Hodens. Prostata unverändert. 4. Injektion von Jodtinktur in beide Vasa deferentia: Hoden atrophisch, Prostata unverändert. 5. und 6. Abschabung der Prostata mit nachfolgender Thermokauterisierung und Prostatektomie: vollständige Atrophie der germinativen Bestandteile des Hodens. E. Klemm-Leipzig.

c. Prostata.

Pathologie der Prostata, von E. O. Smith-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 6. Dezember 1913.) Die Prostata besteht aus fünf abgegrenzten Drüsenbezirken, die als Lappen bezeichnet werden können. Das Organ erreicht den Höhepunkt seiner Entwicklung um das 20. Lebensjahr. Die einzelnen Lappen sind nicht durch Kapseln voneinander getrennt. Das Drüsengewebe steht durch zahlreiche Gänge mit der hinteren Harnröhre in Verbindung. Die Drüse ist von einem dichten Plexus von Venen umgeben. Die häufigste Ursache der Erkrankung der Prostata ist der Gonokokkus, der in das Drüsengewebe von der hinteren Harnröhre aus eindringt; es kann zur akuten Entzündung oder zur Abszedierung kommen. Jedoch viele Fälle von Gonokokkeninfektion verursachen geringe Symptome, indem die Gonokokken im Ruhezustand liegen bleiben, um später wieder zu neuem Leben zu erwachen und Infektionen zu verursachen. Die Prostata ist jedoch nicht immer hierfür verantwortlich zu machen, da auch die Samenblasen häufiger infiziert werden, als man früher annahm. Die Tuberkulose der Prostata kann primär auftreten, ist aber meist sekundärer Art und entwickelt sich meist im Anschluß an eine Urogenitaltuberkulose. Kalkablagerung wird nicht selten in der jugendlichen Prostata beobachtet. Es handelt sich hierbei entweder um eine Durchsetzung des ganzen Organes mit Kalkkonkrementen oder um einen einzelnen großen Stein oder um eine Tasche mit vielen hunderten kleinen Steinen. Nach dem 50. Lebensjahr zeigt die Prostata häufig senile Veränderungen; es kann sich hierbei handeln um Adenome, Fibrome oder maligne Entartungen. Bei den Adenomen handelt es sich um eine mächtige Entwicklung des Drüsengewebes ohne bemerkenswerte Vermehrung des Stromas. Diese Veränderung ist leicht per rectum zu fühlen; die Prostata zeigt hierbei keine Verhärtung. Ist das interglanduläre Gewebe, das Stroma, vermehrt, so ist die Vergrößerung nicht so stark; die Drüse fühlt sich hart an. Die adenomatöse Wucherung geht meist vom mittleren Lappen aus. Die malignen Geschwülste, Karzinom, Adenokarzinom oder Sarkom, welch letzteres außerordentlich selten ist, beginnen meist im hinteren Lappen. Ein Kranker kann zu gleicher Zeit an Hypertrophie und Karzinom leiden, da diese pathologischen Prozesse verschiedene Teile der Drüse befallen. H. Fendt-Wiesbaden.

Die Abderhaldensche Reaktion im Blute der Prostatiker, von S. Colombino-Turin. (Giorn. d. R. Accad. di M. di Torino, 1914, Nr. 11—12.) Untersuchungen an zwölf Patienten, von denen vier prostatakrank waren. Bei diesen fiel die Reaktion stets scharf positiv, bei den übrigen negativ oder nur schwach positiv aus.

K. Rühl-Turin.

Die bimanuelle Untersuchung der Prostata, von H. F. O. Haberland. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 16.) Als einfachste Methode, um eine genaue Vorstellung über Größe, Gestalt und Konsistenz der Prostata und Samenblasen zu gewinnen, empfiehlt H. die bimanuelle Untersuchung. Patient liegt auf dem Rücken mit angezogenen Beinen und atmet mit offenem Munde. Die Blase muß vorher völlig entleert werden. Während man den Zeigefinger der einen Hand ins Rektum einführt und sich die hintere Wand der Symphyse abtastet, an der die vordere Fläche der Prostata fast unmittelbar liegt, drückt man mit der anderen Hand langsam von den Bauchdecken aus die leere Harnblase dem rektal eingeführten Finger entgegen. E. Brinitzer-Altona.

Digitized by Google

Die Bakterienflora der normalen Prostata, von H. Unterberg-Budapest. (Orv. Ujság, 1913, Nr. 4.) In der Prostata konnten in 12 Fällen Bakterien nachgewiesen werden und in 13 Fällen haben die diesbezüglichen Untersuchungen die Prostata als steril nachgewiesen. In 10 Fällen war der Bakterienbefund sowohl in der Harnröhre, als auch in der Prostata positiv; in weiteren 10 Fällen war er in der Prostata negativ, während er in der Harnröhre positiv war; in 2 Fällen war er in der Prostata positiv und in der Harnröhre negativ, während er in 3 Fällen in der Prostata und in der Harnröhre negativ war. In 13 Fällen fand Verfasser nur eine Mikrobienart, in 5 Fällen zwei verschiedene und in 2 Fällen drei verschiedene Arten. In der Prostata fand er in 8 Fällen nur eine Art, und in 4 Fällen zweierlei. Am häufigsten wurde in der Harnröhre der Staphylococcus aureus 17mal, dann der Staphylococcus albus 5mal, der Streptokokkus 3mal, das Bacterium coli 3mal und der Fränkelsche Diplokokkus 1mal gefunden. In 10 Fällen kam Staphylococcus aureus vor, während der Staphylococcus albus 3mal, der Streptokokkus 2mal und das Bacterium coli 1mal gezüchtet werden konnte. Auf Anaërobbakterien untersuchte Verfasser in 6 Fällen, aber es wurden weder aus dem Harnröhren- noch aus dem Prostatasekret solche gezüchtet. Im Alter von 13—30 Jahren war der Harnröhrenbefund in 73,3% positiv. Das Prostatasekret war in 33,3% positiv. Im Alter von 30—60 Jahren war der Harnröhrenbefund in 90% positiv. Aus dem Prostatasekret züchtete Verfasser in 70% Bakterien.

M. Porosz-Budapest.

Der Mechanismus der prostatischen Urinretention, von E. L. Keyes jr.-New York. (Am. J. m. science, Mai 1914.) Bekanntlich gibt es viele Fälle von recht erheblicher Vergrößerung der Vorsteherdrüse ohne Störungen des Urinabflusses und andererseits Fälle von scheinbaren Prostatabeschwerden ohne Vergrößerung des Organs. Nach K.s Darlegungen ist das den Urinabfluß hemmende Moment nicht unmittelbar in der Intumeszenz der Drüse begründet, vielmehr ist das eigentliche Hindernis in einem am Blasenhals am Boden der Urethra gelegenen Wulst von Muskulatur in der Schleimhaut (ein nach der vorliegenden Schilderung vom Sphinkter unabhängiges Gebilde), der nicht ganz bis zum Dach der Urethra reicht, gegeben. Bei Lagerungsverschiebungen am Blasenhals, wie dies bei Prostatahypertrophie natürlich besonders leicht vorkommt, wird dieser Wulst beim Versuche zu urinieren gegen das Dach der Harnröhre durch die Kontraktion der Blasenmuskulatur direkt angepreßt, bis, bei höheren Graden der Störung, jegliches Ausfließen von Urin unmöglich gemacht wird. Dieser Wulst wird durch die Prostatektomie nach hohem Blasenschnitt viel leichter vollständig beseitigt, als bei der perinealen Operation. Aus diesem Umstand erklären sich die oft überraschenden Erfolge bzw. Mißerfolge der chirurgischen Eingriffe und namentlich die oft unleugbar günstigen Resultate des Bottinischen Verfahrens. A. Philippi-Salzschlirf.

Nutzen der Anwendung der Harnstoffsekretionskonstante bei den Prostatikern, von E. Leguеu. (B. kl. W., 1913, Nr. 38.) Der Erfolg der heute definitiv anerkannten Freyerschen Prostatektomie ist abhängig von der richtigen Auswahl der Kranken. Die Niereninsuffizienz spielt wohl die größte Rolle für die Komplikationen nach der Operation. Die Kenntnis der Nierenfunktion vor der Operation ist daher von der allergrößten Bedeutung. Man hatte früher zwei Verfahren zu seiner Verfügung: die Analyse des Urins und die durch Injektion von Substanzen hervorgerufene Ausscheidung. Die Unsicherheit bei den erzielten Resultaten war noch immer groß, erst moderne Methoden haben einen sehr bedeutsamen Fortschritt in der Abschätzung des Grades der Nierenfunktion erzielt. Diese Arbeiten haben zur Grundlage die interessanten Versuche von Widal und seinen Schülern. Wenn die Niere in ihren Ausscheidungsfunktionen gestört ist, dann sammeln sich die Produkte, welche sie aus-

Digitized by Google

scheiden muß, im Blute an. Das Studium des Blutharnstoffs gestattet uns also, den Grad der Harnstoffunktion der Niere zu bestimmen. Mit Rücksicht auf Schwierigkeiten und Fehlerquellen, welche allen Methoden anhaften, berichtet Verfasser über das Verfahren von Ambard, das ihm, gestützt auf viel genauere und viel methodischere Grundlagen, in 900 Fällen bemerkenswerte Auskünfte geliefert hat. Betroffen von dem Werte, welche die Ausdrücke Gehalt, Konzentration, Azotämie in sich selbst darstellen, andererseits sich Rechnung davon ablegend, daß die Unsicherheit, welche sie zurücklassen, darauf zurückzuführen ist, daß man sie getrennt ins Auge faßt, hat Ambard das Verdienst, erfolgreich versucht zu haben, die Faktoren zusammen nach Art einer Momentaufnahme zu gruppieren. Aus dem Verhältnis, welches zwischen ihnen besteht, geht die Harnstoffsekretionskonstante hervor, deren Aufbau auf den folgenden drei Gesetzen beruht. 1. Gesetz: Wenn die Niere den Harnstoff in einer bestimmten Konzentration ausscheidet, so verändert sich die Ausscheidung proportional dem Quadrat der Harnstoffkonzentration im Blut. 2. Gesetz: Wenn eine Person bei einer konstanten Harnstoffkonzentration im Blut Harnstoff in wechselnden Konzentrationen ausscheidet, so verhält sich die Harnstoffabgabe umgekehrt proportional der Quadratwurzel der Harnstoffkonzentration im Urin. 3. Gesetz: Wenn die Harnstoffkonzentration im Blut schwankt und ebenso die Harnstoffkonzentration im Urin, so schwankt die Harnstoffabgabe im direkten Verhältnis zum Quadrat der Harnstoffkonzentration im Blut und im umgekehrten Verhältnis der Quadratwurzel der Harnstoffkonzentration im Urin. Es besteht daher bei allen Personen ein konstantes Verhältnis zwischen dem Harnstoff des Blutes und der Quadratwurzel der Harnstoffabgabe. Dieses Verhältnis bildet die Harnstoffkonstante oder Harnstoffsekretionskonstante. Die Resultate, die die Konstante bei Abschätzung des Wertes der Nierenfunktionen bei Prostatikern liefert, gestatten uns, diese Kranken in drei Kategorien einzuteilen: 1. Fälle, bei welchen die Konstante offenbar schlecht ist, d. h. bei 0,200 oder mehr. 2. Fälle, bei welchen die Konstante gut ist, d. h. unter 0,120. 3. Fälle, bei welchen die Konstante ein Vermittler ist — mittelmäßig. Unrecht wäre es zu glauben, daß die ganze Frage der Prostatektomie sich in dem Studium der Konstante erschöpft. G. Heymann-Elbing.

Die stenosierende Atrophie der Prostata, von J. Dabs-Zürich. (Beitr. z. kl. Chir., 1914, Bd. 90, H. 2.) An der Hand eines sehr instruktiven Falles, bei dem neben den bekannten Symptomen einer Atrophie vollständige Inkontinenz und Retention eintrat, geht der Verfasser auf die allgemeine Symptomatologie und Therapie der Prostataatrophie ein, unter Heranziehung der Literatur. Die Arbeit interessiert den Chirurgen und Urologen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Prostataatrophie, von Achilles Müller-Basel. (Schweiz. Korr. Bl., 1914, Nr. 29.) Es ist seit langem bekannt, daß in einer Anzahl von Fällen, die die ausgesprochenen Krankheitserscheinungen der Prostatahypertrophie darbieten, durchaus keine Vergrößerung dieser Drüse vorhanden ist. Die Erklärung dieser Tatsache bot um so größere Schwierigkeiten, als man bei der Prostatahypertrophie, besonders durch die Erfolge der modernen operativen Behandlung, die Bestätigung dafür fand, daß die Insuffizienz der Blase und ihre Folgeerscheinungen durch rein mechanische Ursachen bedingt werden. Es müsse also unmöglich scheinen, bei kleiner oder gar verkleinerter Prostata dieselben Beschwerden in gleichartiger Weise zu deuten. Man suchte also in solchen Fällen, vorausgesetzt natürlich, daß jedes organische Nervenleiden, vor allem Tabes, ausgeschlossen werden konnte, die Ursachen dieser Beschwerden in der Blasenwand selbst, man nahm eine Art Klappenbildung an der Blasenmündung an, oder man suchte die Ursache in arterioskerotischen Veränderungen des Urogenitalsystems oder in einer chronischen Kontraktur oder in Narbenbildungen des Blasenhalses. Erst in den

Digitized by Google

letzten Jahren ist eine reichlichere Literatur über die „Prostataatrophie" erschienen. Mit diesem Begriffe, unter den schließlich die aus den verschiedensten Ursachen auftretenden Verkleinerungen der Drüse fallen, bezeichnete man einen durch ganz bestimmte Erscheinungen gekennzeichnete Erkrankung. Die Angaben über die Häufigkeit der Prostataatrophie und besonders über ihr Verhältnis zur Prostatahypertrophie gehen vorläufig sehr weit auseinander, jedenfalls ist die Erkrankung offenbar häufiger, als man früher annahm. Vielleicht kommt sie auch in jugendlicherem Alter vor als die Vergrößerung. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bestehen in der Bildung kleiner Adenome, die eine entzündliche oder eine Kompressionsatrophie der übrigen Drüsen hervorrufen, oder in einer Schrumpfung des Sphincter internus. Auf diese Schrumpfung ist auch der häufig als Frühsymptom auftretende unwillkürliche Urinabgang zurückzuführen. Im übrigen sind die Krankheitserscheinungen dieselben wie bei Prostatahypertrophie. Für die Diagnose ist — bei Ausschluß eines für die Entstehung der Blaseninsuffizienz in Betracht kommenden Nervenleidens — die palpatorische und zystoskopische Feststellung des Fehlens der Prostatavergrößerung von Wichtigkeit. Bei der Zystoskopie findet sich meist eine starke Trabekelblase, oft mit Divertikeln, das Orifizium ist gewöhnlich glatt, seltener sind Unregelmäßigkeiten an der Übergangsfalte vorhanden. Für die Behandlung kommt zunächst der Katheterismus in Frage, bleibt er ohne Erfolg, die transvesikale Operation, bei der die oft winzigen Adenome wie bei der Prostatektomie entfernt werden. Da hierbei der Sphinkter durchtrennt wird, ist der stets günstige Einfluß der Operation verständlich. Für die Durchtrennung des Sphinkters allein hat man auch endovesikale Operationen vorgenommen, wie Dehnung, Bottinische Operation oder ein von Young vorgeschlagenes Stanzverfahren, durch das Teile des versiegten Orifiziums oder prominente Partien mit einem durch einen Endoskoptubus eingeführten Locheisen ausgestanzt werden. H. Böhme-Leipzig.

Verschiedenes.

Um dem Bettenmangel zu begegnen, welcher durch die Heranziehung der Wiener Universitätskliniken für Zwecke der Verwundetenpflege entstanden ist, wurde über Antrag von k. k. Ob.-Sanitätsrat Prof. Finger im „Männerheim" ein Filialspital für haut- und geschlechtskranke Zivil- und Militärpersonen mit 520 Betten eingerichtet, das unter der Leitung von Prof. Finger und Ehrmann sowie Priv.-Doz. Luithlen und Mucha steht.

Dr. Ludwig Kiellеuthner, Privatdozent für Urologie in München, hat als Stabsarzt der Reserve und Chirurg einer bayerischen Sanitätskompagnie das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Prof. Georg Matterstock, gewesener Direktor der medizinischen Poliklinik und ambulanten Kinderklinik in Würzburg, ist gestorben. Er hat einige syphilidologische Arbeiten geliefert und auch Vorlesungen über Dermatologie gehalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

19. Juni 1915 | Nr. 25 | Band 60

Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Leipzig
(Direktor: Geh.-Rat Prof. v. Strümpell).

Über im Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen.

Von

Dr. Erich Ebstein, Oberarzt der Klinik.

(Mit 4 Abbildungen.)

„Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit" gewinnen immer mehr an Bedeutung, je mehr sich die industriellen Betriebe entwickeln. Und so haben sich K. Ullmann und J. H. Rille entschlossen, in einer Art Handbuch (Verlag von L. Voss) alle bekannten gewerblichen und beruflichen Hautveränderungen in möglichster Vollkommenheit übersichtlich zusammenzufassen.

Unter den gewerblichen Hautveränderungen spielen die durch vorwiegend mechanische Einwirkungen bedingten eine große Rolle; unter ihnen mögen die Erkrankungen der Schleimbeutel [1]) hier hervorgehoben werden.

Es ist zwar bekannt, daß Lebensweise, Beruf, Beschäftigung den größten Einfluß auf die Entwicklung der Schleimbeutel haben, aber es verlohnt sich vielleicht doch, im Zusammenhang auf diese im Berufe erworbenen Hygrome und Bursitiden als sog. Gewerbekrankheit hinzuweisen.

„Beim neugeborenen Kind fehlen noch eine große Zahl von Schleimbeuteln, oder sind kaum andeutungsweise vorhanden, die später beim ausgewachsenen Menschen, der seine Bewegungsorgane gehörig gebraucht hat, aufgefunden worden" (Volkmann [2]).

Derartige im Berufe neugebildete Schleimbeutel hat man als akzidentelle oder supernumeräre bezeichnet. Sie können eine recht beträchtliche Größe erreichen, und unterscheiden sich in nichts von den normal angelegten Schleimbeuteln: sie entwickeln sich z. B. an Klumpfüßen unter der neuen Gehfläche, an Amputationsstümpfen (Lobstein), über den Dornfortsätzen bei starken Kyphosen (Brodie), unter Hühneraugen.

[1]) Über multiple symmetrische Erkrankungen der Sehnenscheiden und Schleimbeutel, besonders über die Hygromatosis rheumatica berichtete Hans Günther in Bd. 111 des D. Arch. f. kl. Med., S. 252—270, aus unserer Klinik. — [2]) R. Volkmann, Die Krankheiten der Schleimbeutel usw. in Pitha-Billroth, 1882, Bd. 2, H. 2, S. 818 ff.

Digitized by Google

Was die Entstehung der Schleimbeutel anlangt, so hat VIRCHOW[1]) darüber ausführlich berichtet. Ihre Zahl ist nicht konstant im menschlichen Körper, aber jedenfalls ungemein groß. So zählte BARDELEBEN 21 Schleimbeutel an Kopf, Hals und Extremitäten, und W. GRUBER[2]) am Kniegelenk allein 17—18 und am Ellenbogen etwa 16. Nach VELPEAU[3]) existieren auf dem Handrücken 14 an Zahl.

Die Schleimbeutel entwickeln sich, wie VIRCHOW[4]) sich ausdrückt, nach dem Bedürfnis des Individuums, oder wie SCHUCHARDT[5]) sagt, bei dem physiologischen Gebrauche des Bewegungsapparates. Nach LANGEMAKS[6]) neuesten Forschungen entstehen die Hygrome histologisch durch Verflüssigung des vermehrten Bindegewebes.

Diagnostisch[7]) wird geradezu die Erkennung der Hygrome durch ihren Sitz gesichert. Dieser entspricht Körperstellen, an denen entweder regelmäßig Schleimbeutel vorkommen oder über beständig gedrückten Knochenvorsprüngen sich zu bilden pflegen. Am häufigsten werden betroffen die Schleimbeutel an der Vorderseite des Kniegelenks (Hausmädchen, Scheuerfrauen) und an der Bursa olecrani (Bergarbeiter), die fortwährenden mechanischen Störungen ausgesetzt sind. Es folgen dann Erkrankungen der Bursae der Schulter und Hüftgelenkgegend, sowie der Kniekehle, bei deren Entstehung Zerrungen, Distorsionen, an der Bursa acromialis auch Druck von Lasten mitspielen (LEXER[8]). So beschrieb GEINITZ[9]) eine Bursa sacralis, die durch das Tragen von Marktbudenstücken auf dem Rücken bei einer 40jährigen Frau entstanden war (W. HEINEKE[10]).

Was das Hausmädchen- oder Scheuerfrauenknie anlangt, das zuerst englische Autoren beschrieben haben, so erinnert sich VOLKMANN nicht eines einzigen Falles, „wo eine solche Bildung bei einer Person, die nicht viel kniend sich beschäftigt hätte, vorgekommen wäre".

Von männlichen Kranken mit dem Hygroma praepatellare kommen Bergleute, Dackdecker, Schiffszimmerleute und Straßenpflasterer in Betracht.

Sonst treffen wir es auch in Klöstern an, infolge des Kniens auf den steinernen Fluren. Aber es ist nicht das stundenlange Knien allein, das

[1]) R. VIRCHOW, Geschwülste, 1863, Bd. 1, S. 194 ff. — [2]) W. GRUBER, zitiert nach VOLKMANN. — [3]) VELPEAU, zitiert nach VOLKMANN. — [4]) VIRCHOW, a. a. O. — [5]) SCHUCHARDT, Die Entstehung der subkutanen Hygrome. Virch. Arch., 1890, Bd. 121. — [6]) O. LANGEMAK, Die Entstehung der Hygrome. Arch. f. kl. Chir., 1903, Bd. 70, S. 947. — [7]) Hier sei daran erinnert, daß sich unter dem Bilde der Schleimbeutelhygrome ein gichtischer Prozeß (Schleimbeutelgicht) verbergen kann. (W. EBSTEIN, Die Natur und Behandlung der Gicht. 2. Aufl. Wiesbaden 1906, S. 45.) — [8]) LEXER, Allgem. Chirurgie. — [9]) GEINITZ, Deutsche Klinik, 1862, Bd. 33. — [10]) W. HEINEKE, Anatomie und Pathologie der Schleimbeutel. Erlangen 1868, S. 91.

Digitized by Google

sich mit einem ruhigen Verharren in zurückgebeugter Körperhaltung verbunden hat, sondern der Körper wird vielfach ganz nach vorn gebeugt. Und so wird z. B. gerade beim Scheuern eine „Vierfüßerstellung" eingenommen, bei der die eigentliche Patellargegend nicht „bloß zur Stütze genommen, sondern auch gedrückt wird". So sieht Sternberg[1]) die Bursitis praepatellaris als Berufskrankheit der Parkettleger an, und Schütte den sog. Knieschwamm als ausgesprochene Gewerbekrankheit der Schornsteinfeger (vgl. Weyl, S. 456), Hirt[2]) sah die gleiche Affektion auch bei Arbeiterinnen in Spiegelfabriken, sofern sie die Spiegelplatten kniend polieren; ferner vereinzelt bei Böttchern. Layets[3]) Angabe, daß Marmorarbeiter infolge des Anstemmens der Knie gegen den in Arbeit befindlichen Stein öfter daran leiden, hatte Hirt nicht bestätigen können.

Bei den mehr in liegender Stellung arbeitenden Kohlenbergarbeitern in einigen Gegenden Englands sah besonders Gurney das Hygroma olecrani so häufig, daß er von „the miners' elbow" sprach, während Schütte (a. a. O., S. 456) eine Entzündung des Ellenbogenschleimbeutels bei Schornsteinfegern relativ selten beobachtete.

Dagegen hat Dreyfus (zitiert bei Weyl, S. 364) bei Gerbern an bestimmten Stellen, besonders an den Ellenbogen Schleimbeutelentzündungen und Schwielen durch den Druck ihrer Werkzeuge entstehen sehen.

Auch bei Tischlern sah schon Velpeau (1795—1868) mitten auf dem Brustbein infolge des Gegenstemmens der Instrumente sich Schleimbeutel bilden (zitiert bei Volkmann, S. 820).

Bei Soldaten finden sich häufig abnorme Schleimbeutel an der vorderen Fläche der Schulter und auf dem Schlüsselbein durch das fortwährende Gegenschlagen des Gewehrs. (Volkmann.)

Wie W. Gruber (Volkmann, S. 819) einen besonderen Schleimbeutel am Knie bei Schustern beschrieben hat, so hat Layet[4]) bei Schneidern auf die Bildung von Schleimbeuteln an den äußeren Malleolen, am Köpfchen der Fibula und am vorspringenden Ende des fünften Metatarsalknochens als Druckerscheinung hingewiesen.

Schon Bernardino Ramazzini (1633—1714), der Vater der Gewerbehygiene, berichtet, daß die Schneider infolge des Sitzens mit übereinandergeschlagenen Beinen, „cum fere ex necessitate crurum alterum super femur inflexum cogantur detinere", an Steifigkeit, Hinken und Hüftweh leiden[5]), aber der Druckschwielen gedenkt er nicht. Sie scheinen auch

[1]) Sternberg in: Weyl, Arbeiterkrankheiten, a. a. O., S. 433. Lexer, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 3. Aufl. Stuttgart 1908, Bd. 2, S. 134. — [2]) L. Hirt, Die äußeren Krankheiten der Arbeiter, Leipzig 1878, S. 80. — [3]) Layet, Allg. u. spez. Gewerbepathologie, 1877, S. 313. — [4]) Layet, Allg. u. spez. Gewerbepathologie, 1877, und Epstein in: Weyl, a. a. O., S. 412. — [5]) Ramazzini, De morbis artificum, Patavii 1713, S. 252.

Digitized by Google

nicht sehr häufig zu sein; ich habe sie auch noch nirgends bildlich wiedergegeben gesehen.

Fig. 1. Hygrome bei einem 23jähr. Schneider. (Eigene Beobachtung.)

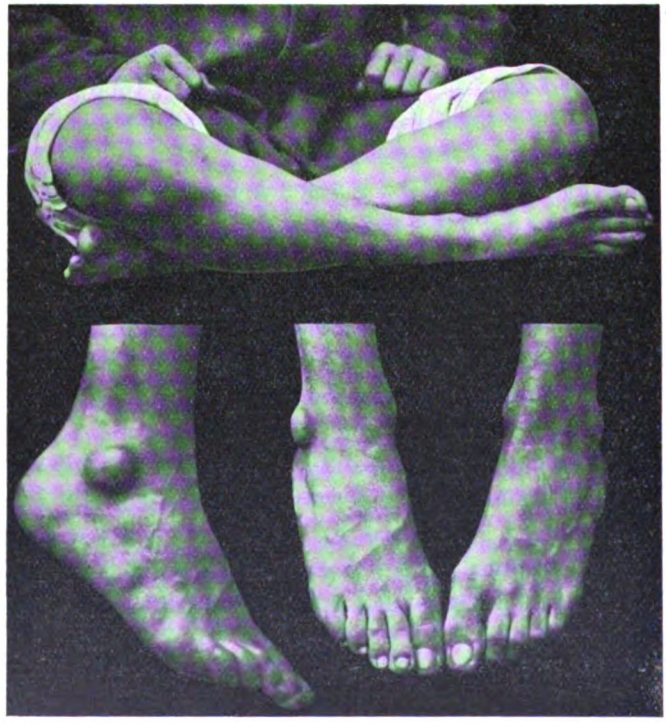


Fig. 2. Hygrome bei einem 19jähr. Schneider; oben: sog. Schneiderstellung. (Eigene Beobachtung.)

Digitized by Google

Ich habe sie aber in letzter Zeit bei drei Schneidern beobachten können, seit ich darauf achte.

Der eine, 23 Jahre alt, litt an einer akuten Polyarthritis und einem Mitralfehler, weswegen er die Klinik aufsuchte. Die beigegebenen Abbildungen (Abb. 1) zeigen sehr deutlich das Vorhandensein von drei Druckschwielen an der Außenseite des rechten Fußes, der beim Übereinanderlegen der Beine bei der Arbeit am meisten belastet wird.

Der andere, ein 19jähriger Schneider, kam ebenfalls mit rheumatischen Beschwerden ins Krankenhaus. Die Abbildungen (Abb. 2) zeigen fast die analogen Verhältnisse, und zwar einen stärkeren Druck auf den rechten Fuß.

Es ist auffällig, daß in diesen beiden Fällen von Hygrombildung sich rheumatische Affektionen wie in den Beobachtungen von Günther (s. o.) fanden, die demnach vielleicht auch die traumatische resp. gewerbliche Entstehung von Hygromen zu fördern scheinen.

Auch scheint nach Wieting und Reinhardt[1]) der sog. Türkensitz mit stark auswärts rotierten Beinen und der auf Trochanteren und Malleolen, sowie bei Betübungen der auf die Tuberositas tibiae bewirkte Druck jedenfalls zu einer in der Türkei relativ häufigen Erkrankung der Bursae trochantericae profundae zu prädisponieren, die in zwei Formen auftritt. Die seltenere stellt die von Reinhardt beschriebene „chronische primär sklerosierende Tuberkulose der Schleimbeutel" vor, und wird wahrscheinlich auch in ihrer Entwicklung durch chronisch mechanische Reizungen der Schleimbeutel gefördert, während das eigentlich ätiologische Moment die Tuberkulose darstellt.

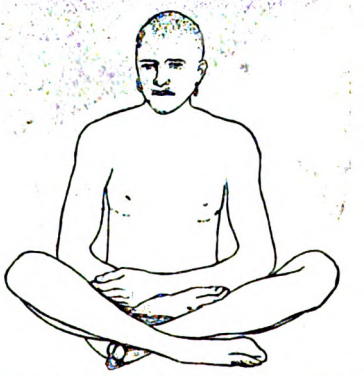


Fig. 3. Ein Hindu (Panjabit) auf der Erde mit stark ausgebogenen Knien sitzend. (Nach Havelock Charles.)

Diesen sogenannten Türkensitz oder diese „Schneiderstellung"[2]) (Abb. 2, oben) pflegen auch die Hindus (Panjabiten) anzunehmen, die mit so stark nach unten gebogenen Oberschenkeln sitzen, daß die Knie beinahe die Erde berühren, und mit gebeugten Unterschenkeln (Abb. 3). In einer ähnlichen sitzenden Stellung, die aber noch mehr markiert ist, pflegen auch die Australier zu sitzen[3]).

Havelock Charles hat nun besondere Eigentümlichkeiten des Skeletts der Panjabiten beschrieben, die wertvolle Beiträge liefern zur Beleuchtung der Lehre von der

[1]) Wieting, D. Zschr. f. Chir., Bd. 74; Reinhardt, ebenda, Bd. 98, sowie Wieting Pascha, Gülhane-Festschrift, Leipzig 1909, S. 116—118. — [2]) Erich Ebstein, Über Lage und Lagerung von Kranken in diagnostischer und therapeutischer Beziehung. Ergebnisse der inneren Medizin, 1912, Bd. 8, besonders S. 385 f. — [3]) G. Retzius, Über die Vererbung erworbener Eigenschaften, in dessen Biolog. Untersuchungen. Neue Folge, 1895, Bd. 7, S. 65, Fig. 2 u. 3.

Digitized by Google

Möglichkeit des Entstehens von Veränderungen durch Verschiedenheit in der Körperhaltung, in Gewohnheiten und Gebräuchen.

Nach anhaltenden Märschen sind nach W. Heineke[1]) die Entzündungen der Fußsohlenschleimbeutel nicht selten. „Durch die dicke Haut der Fußsohle läßt sich jedoch der geschwellte Schleimbeutel nicht fühlen. Außer einer geringfügigen und nirgends scharf abgegrenzten Schwellung ist der Schmerz an der bestimmten Stelle das Hauptsymptom."

Nach C. F. Schmidt (Weyl, S. 451) sieht man bei Glasschleifern mitunter einen Schleimbeutel mitten an der inneren Vorderarmseite. „Er entsteht dadurch, daß der Schleifer seine Arme gegen Holzpflöcke stemmt, zwischen Hakenfortsatz der Elle und den inneren Oberarmknorren, und an dem Hakenfortsatz hat man gelegentlich durch Druck erzeugte Schleimbeutel beobachtet."

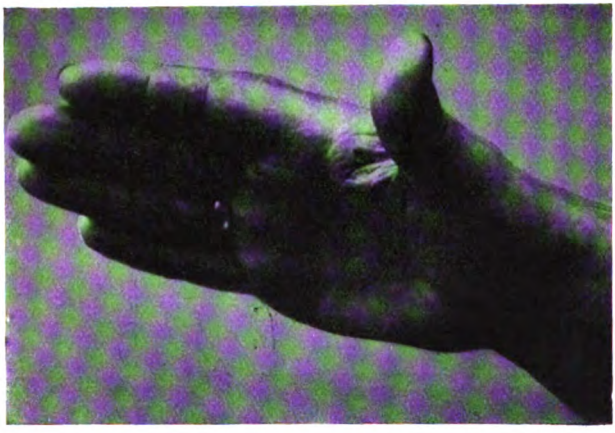


Fig. 4. Berufsschwiele bei einem Masseur. (Eigene Beobachtung.)

An der Endphalanx des Mittelfingers, dort, wo man den Bleistift oder die Feder beim Schreiben anzudrücken pflegt, können bei solchen, die viel zu schreiben haben, leicht Druckschwielen entstehen, die früh erworben, nur schwer wieder verschwinden.

Bei Masseuren entwickeln sich auf der Schleimhautfalte zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ebensolche Schwielen (Abb. 4), die vorzugsweise ein professionelles Merkmal sind und, wie Layet sich allgemein ausdrückt, „das Resultat einer hyperplastischen Reizung". Die mit Schwielen im ganzen oder an besonderen Druckstellen ausgerüstete Hand spricht für eine Arbeitshand im allgemeinen oder läßt eine bestimmte Beschäftigung geradezu erkennen.

„Die stumme Sprache der Hand" — wie C. Gerhardt[2]) mit Recht betont — „sagt dem Arzte, der sie versteht und beachtet, vieles, was teils Fragen erspart, teils zu Fragen in bestimmten Richtungen veranlaßt und berechtigt."

[1]) W. Heineke, Anatomie und Pathologie der Schleimbeutel usw., Erlangen 1868, S. 114. — [2]) C. Gerhardt, Die Hand des Kranken, Leipzig 1898, S. 12.

Digitized by Google

Zur Frage der Bekämpfung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Von

Prof. E. von Düring, Baden-Baden.

Ein Brief, der mir von einer in der Sittlichkeitsbewegung stehenden Dame zugeht, veranlaßt mich, aus der in letzter Zeit von mir beobachteten Zurückhaltung herauszutreten. Ich hatte in den letzten Jahren die Überzeugung gewonnen, daß in dem Kampf gegen die Reglementierung und Kasernierung der Prostitution ein solcher Stillstand eingetreten, daß der Kampf so fruchtlos geworden sei, daß es besser wäre, seine Kräfte hier nicht nutzlos zu verbrauchen. Der Grund war, daß einerseits unter dem Einfluß einiger maßgebender Hochschullehrer die Ärzte im wesentlichen geschlossen für die Reglementierung eintraten und dadurch einen bestimmenden Einfluß auf die Behörden hatten, der jede Aussicht auf Erfolg für die Gegner ausschloß. Andererseits war der Kampf derer, die sich um die Abolitionisten sammelten, ein recht wenig klar einheitlicher. Es war geradezu ein Unglück, daß immer wieder in dieser zunächst rein ärztlich-gesundheitlich zu entscheidenden Frage durch die internationale Föderation Fragen der Frauenbewegung — das war das schädlichste — und durch die Sittlichkeitsbewegung eine, wenn ich mich so ausdrücken darf, unklare, schiefe Fragestellung veranlaßt wurde.

Ich bin weit entfernt, die großen Verdienste der Frauen um Bekämpfung der Prostitution, um Rettung der sittlich Gefährdeten, um die Ausrottung der Animierkneipen nur irgendwie gering zu schätzen, herabzusetzen. Es ist gar nicht zu bestreiten, daß die Bewegung gegen die Unsittlichkeit, wie sie besonders von seiten der Kirche und der Frauenbewegung in die Hand genommen ist, notwendig, segensreich und unentbehrlich ist. Ein wirkliches „Zusammenklingen“ der Stimmen, die sich gegen die Reglementierung erhoben, wurde aber durch die verschiedenen „Grundtöne“ in den Versammlungen und in ihrer Wirkung auf die Behörden selten oder nie erreicht!

Jetzt scheint mir nun die Zeit gekommen zu sein, um wenigstens einen Schritt weiter zu kommen. Die Schreiberin des Briefes, der mir Veranlassung zu diesen Zeilen gibt, fordert mich auf, positive Vorschläge zu machen, da „nur dann, wenn die Behörden etwas Besseres an die Stelle setzen könnten, Aussicht sei, die Reglementierung und Kasernierung aufgehoben zu sehen“.

Dieser grundlegende Irrtum tritt uns nun immer wieder entgegen, besonders so oft man mit höheren Verwaltungs- oder Polizeibeamten die

Digitized by Google

Frage bespricht. Das eine geht aus der großen Menge der jetzt von allen Seiten erscheinenden Veröffentlichungen, Vorschläge, Notschreie, Entrüstungsäußerungen hervor: die Reglementierung und vor allem die Kasernierung versagen vollständig und haben zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten nichts, aber auch nichts geleistet. Sie haben nichts geleistet, weil sie nichts leisten können, der weiblichen Gonorrhöe gegenüber sowenig wie gegenüber der Lues — das liegt in der Art dieser Leiden, und diese sooft von Blaschko, Delbanco, mir und anderen dargelegte Tatsache genügt, um die Reglementierung und Bordellierung als völlig zwecklos zu beseitigen. Es ist unbegreiflich, wie jetzt, wo unsere Organisationen sonst so glänzend sind, wo die Autorität der maßgebenden Behörden — Zivil oder Militär — eine so unbedingte ist, nicht mit einem Federstrich die ausschließlich — z. B. gerade in Hamburg — als Animierkneipen gemeinster Sorte, als Stätten jeder Perversität dienenden Bordelle verschwinden. Sie verschwinden an einzelnen Orten, wo nach den alten Anschauungen ihre Eröffnung notwendig wäre — in Festungen, und sie feiern eine Neubelebung nur als Stätten des Alkoholgenusses da, wo sie vorher im Absterben waren! —

Aus allem, was aus dem Felde gemeldet, was in der Heimat geschrieben wird, wird mir das eine klar: unsere vollständige Hilflosigkeit dieser Massenprostitution gegenüber. Und die Frauen mögen sich gerade jetzt, z. B. aus den Zuschriften aus Breslau in den Mitt. f. Bek. d. Geschlechtskrkh. überzeugen, daß es nicht nur Schuld der Männer ist — daß die Kasernen massenhaft von sich preisgebenden Mädchen und Frauen umlagert werden. Diese Beobachtung, daß sich unter den seltsamsten Formen Frauen und Mädchen prostituieren, daß der weibliche Teil an den heillosen Zuständen oft mehr schuld ist, als die Männer, sind überall gleichmäßig gemacht und bestätigt worden.

In dieser Erfahrung liegt es begründet, wenn ich meine Ansichten in einer Hinsicht geändert habe: scharfe polizeiliche Maßregeln sind unerläßlich. Es muß besonders in diesen Zeiten den Behörden das Recht gegeben werden, aus — ich will es im weitesten Sinne so nennen — der Gefahrszone alle die weiblichen Wesen zu entfernen, die „lästig“ werden. Es geschieht so enormes von seiten der Frauenbewegung für Verschaffung von Erwerbsmöglichkeit an Unbeschäftigte, daß die Beschäftigungslosigkeit einfach als Grund für die Prostitution fortfällt. Weiter muß jede Animierkneipe, unter welchem Schilde und Namen sie auch gehe, unbedingt unterdrückt werden — also z. B. vor allem die Hamburger Bordelle, und weiter besonders im Kriegsgebiet und in allen Garnisonen alle Lokale mit irgendwie verdächtiger Damenbedienung; alle Wirtschaften müssen allen Militärs nach 8 Uhr verboten werden. Daß

Digitized by Google

sich das, und noch viel strengere Vorschriften sehr gut durchführen lassen, dafür kann ich Beweise bringen.

Alle erkrankten Weiber müssen so fortgebracht oder so interniert werden, daß sie mit den Mannschaften nicht in Berührung kommen können. Sonst ist selbst die Empfehlung der (doch immerhin nicht überall und jederzeit vorrätigen) Schutzmaßregeln völlig erfolglos.

Und trotz alledem werden wir in besonderen Zeiten unter besonderen Verhältnissen mit alledem nicht sehr viel erreichen!

Ich möchte nichts sagen gegen die Verteilung von Merkblättern, von Sittlichkeitsvorschriften usw. — aber irgend eine weitergehende Wirkung haben sie bestimmt nicht.

Vor allen Dingen aber verzichte man gerade in den gefährdeten Bezirken — im Kriegsgebiet oder in der Heimat — auf jede Art der Reglementierung oder Kasernierung. Die Weiber, die dazu zur Verfügung stehen, sind alle krank — darüber läßt sich gar nicht streiten; und wenn jene die Regel bestätigende Ausnahme des nichtkranken Weibes möglich ist, so wird sie in den ersten acht Tagen angesteckt. Gar nicht genug aber ist die kolossale Gefahr zu betonen, die durch die behördlich hervorgerufene Einbildung einer gesundheitlichen Sicherheit bei den Reglementierten hervorgerufen wird. Es ist nichts anderes möglich, als zu sagen: „krank sind alle Frauenzimmer, die sich euch zur Verfügung stellen; jeder, der sich mit ihnen abgibt, hat eine fast hundertprozentige Sicherheit sich anzustecken; wenn ihr es tut — ihr wißt, was euch blüht; benutzt wenigstens alle Vorsichtsmaßregeln.“ Aber die Behörden haben es vielfach in der Hand, die Berührungsmöglichkeiten sehr zu vermindern — das ist das wesentlichste. Dieses sind Maßregeln, die besonders für die Kriegszeit gelten. Was soll nachher geschehen?

Wenn je, so ist jetzt der Augenblick gekommen, aus der Erkenntnis ihrer vollständigen Nutzlosigkeit, ja Schädlichkeit heraus, das System der Reglementierung und Kasernierung fallen zu lassen. Für die Zukunft bin ich wie Blaschko unbedingt für die Einführung des Kopenhagener Systems. Unparteiische Beobachter urteilen darüber in dem Sinne, daß sicher viel mehr Erkrankte behandelt werden als früher, und daß irgend welche Nachteile für die öffentliche Sittlichkeit nicht daraus erwachsen sind. Mehr können wir zunächst nicht verlangen. Wenn dann in so sachverständiger Weise, mit so ganzer Hingabe für die Rettung und Bewahrung gefährdeter Mädchen, wie in Bremen z. B., gewirkt wird, alle Bestrebungen zur Hebung der Sittlichkeit gefördert, der Animierkneipenunfug ausgerottet wird — dann werden wir sehr langsam kleine positive Erfolge erzielen!

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

September 1914.

Studium der Spinalflüssigkeit in bezug auf Störungen des Nervensystems bei der Sekundärsyphilis, von Udo Julius Wile und John Hinchman Stokes-Ann Arbor (Michigan). Die allgemeine Ansicht, daß das Zentralnervensystem erst im späten Stadium der Syphilis befallen wird, ist nach den vorliegenden Untersuchungen nicht mehr haltbar. Verfasser haben in 24 unter 36 untersuchten Fällen von Sekundärsyphilis Veränderungen der Rückenmarksflüssigkeit, welche auf Erkrankung des Zentralnervensystems schließen lassen, gefunden und glauben sogar, aus ihren Untersuchungen schließen zu müssen, daß die Zahl der Fälle, welche zu irgend einer Zeit des Sekundärstadiums Reaktion von seiten des Zentralnervensystems zeigen, eine noch größere ist. Wenn bei einmaliger Untersuchung keine Zeichen von Rückenmarks-Gehirnhautreaktion gefunden werden, so kann dies noch nicht als vollständiger Beweis gegen eine solche angesehen werden. Lymphozytosis, erhöhter Eiweiß- und Globulingehalt und positive Komplementfixation können für sich allein oder in verschiedenen Kombinationen vorhanden sein, und jede bedeutet Befallensein des Zentralnervensystems. Beim Vergleich dieser hohen Verhältniszahl im Sekundärstadium mit der geringen im Spätstadium der Gesamtmenge der Syphilitiker muß man diese Früherscheinung für die Mehrzahl der Fälle als vorübergehend ansehen. Das Zentralnervensystem erscheint speziell in Fällen von papulöser oder follikulärer Eruption zu Erkrankung disponiert zu sein. Ausgesprochene subjektive Symptome, wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, nervöse Reizbarkeit waren in den meisten Fällen von positiven Befunden im Liquor cerebrospinalis begleitet. Im allgemeinen zeigten Fälle, bei welchen nur geringe oder keine Behandlung stattgefunden hat, einen höheren Prozentsatz an Erkrankung (des Zentralnervensystems) als jene, wo intensive Behandlung vorausgegangen war. Der gewöhnlichste Befund als Zeichen der Meningealreaktion war erhöhter Globulin- und Albumingehalt, dann positive Wassermannsche Reaktion und in letzter Linie Lymphozytosis. Als ein diagnostisch und auch prognostisch wirksames Hilfsmittel kann die Bedeutung der Spinalpunktion bei Sekundärsyphilis nicht hoch genug angeschlagen werden.

Die Abderhaldensche Technik, angewandt zur Diagnose der Syphilis, von H. R. Varney und P. F. Morse-Detroit. Von 75 untersuchten Fällen waren 45 mit klinischen Symptomen von Syphilis behaftet und zeigten wiederholt positive Wassermannsche Reaktion. Von dieser Zahl der letzteren waren 35 = 78 Proz. positiv bezüglich der Enzymreaktion mit vom Menschen stammenden Kondylomen. Die spezifische Abderhaldensche Technik ist daher bei Syphilis anwendbar, und weiterhin ergeben sich für Verfasser folgende Schlüsse: Syphilitiker haben in ihrem Blutserum Enzyme, welche mit dem Protein des Organismus eine Reaktion eingehen. Weitere Untersuchungen sind noch nötig, um festzustellen, ob alle Syphilitiker die Fähigkeit haben, Ferment zu entwickeln und in welchem Stadium der Krankheit diese Reaktion vorhanden ist oder fehlt. Polyvalente Antigene, aus mehreren Arten von Reinkultur der Spirochäten hergestellt, bieten die beste Hoffnung weiterer Erfolge mit dieser Technik. Der Grad des Erfolges steht bei derselben in direktem Verhältnis zu der Sorgfalt und Genauigkeit, mit der sie ausgeführt wird. Keineswegs kommt sie aber bis jetzt der Wassermannschen Reaktion an Bedeutung gleich.

Digitized by Google

Weißfleckenkrankheit, von George M. Mac Kee und Fred Wise-New York. Dieser zuerst von Westberg im Jahre 1901 aufgestellte Krankheitstypus wurde von Johnston und Sherwell weiterhin bestätigt und hat in den folgenden Jahren eine umfangreiche Literatur zutage gefördert. Verfasser beobachteten einen Fall dieses vielumstrittenen Hautleidens bei einem 43jährigen Manne, und zwar an Penis und Hoden, Stellen, wo bisher dasselbe nicht zur Beobachtung kam. Es handelte sich nur um vier Stellen, welche seit Monaten gleichzeitig bestanden, keine subjektiven Beschwerden, mit Ausnahme geringen Juckgefühls, machten und alle von der gleichen Größe — etwa $^1/_3$ mm im Durchmesser — waren. Die weiße Farbe war das auffallendste Symptom, die beiden am Hoden befindlichen Flecke waren nicht so prominent und ausgebildet wie jene am Penis; Palpation ergab leichte Infiltration, aber keine ausgesprochene Resistenz oder Härte. Der Rand jeder Effloreszenz ist leicht erhaben, das Innere etwas eingedrückt. Anamnestisch ist Syphilis und Tuberkulose auszuschließen. Die beiden am Glied befindlichen Stellen wurden exzidiert und einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen. Verfasser kamen auf Grund derselben zu dem Schlusse, daß ihr Fall zur Sklerodermagruppe gehöre, d. i. eine der beiden Gruppen, in welche die Weißfleckenkrankheit eingeteilt wird, nämlich jene des Lichen planus und des Sklerodermas. Ein einheitliches Krankheitsbild ist also diese Affektion nicht, trotzdem möchten Verfasser es aufrechterhalten wissen, aber vor allem mit der Einschränkung, daß es eine spezielle Form von Skleroderma, das klinisch als weiße Flecken auftritt, bezeichnen sollte.

Oktober 1914.

Kolloide Degeneration der Haut, mit Bericht über einen Fall von sogenanntem Kolloidmilium, von M. B. Hartzell-Philadelphia. Seitdem E. L. Wagner im Jahre 1866 zuerst die Aufmerksamkeit auf die kolloide Hautentartung lenkte, sind im ganzen nur 22 Fälle derselben veröffentlicht worden und bei manchen derselben kann die Richtigkeit der Diagnose noch in Zweifel gestellt werden, so daß es sich um eine zweifellos seltene Affektion handelt. In dem von H. beobachteten Fall, einen 43jährigen Mann betreffend, war dieselbe ausschließlich auf das Gesicht beschränkt, wo eine große Anzahl stecknadelkopf- bis schrotkorngroßer, fester und durchsichtiger Erhabenheiten von unregelmäßiger Form vorhanden waren und dem Gesicht eine zitronengelbe Farbe verliehen. Subjektive Symptome bestanden nicht, sondern Patient suchte nur wegen des äußeren Anblickes, der zur Sommerszeit eine stete Verschlimmerung zeigte, ärztliche Hilfe. Die Krankheit hat nun drei Jahre bestanden und sich in ihrem Charakter wenig verändert. Die mikroskopische Untersuchung eines aus der rechten Oberkiefergegend exzidierten Stückchens ergab vor allem ausgesprochene Verdünnung der Epidermis mit Verlust eines beträchtlichen Teiles der Basalzellenschicht und kolloider Degeneration der Stachelzellen an verschiedenen Stellen, dann völliges Verschwinden der papillären und subpapillären Schichten des Koriums und deren Ersatz durch kolloidale Substanz und schließlich verschiedene Grade von Entartung und Zerstörung des elastischen Gewebes. H. hält sich daher für berechtigt, aus seiner genauen Beobachtung den Schluß zu ziehen, daß die beschriebene Hautaffektion nicht allein eine Krankheit des elastischen Gewebes ist, sondern in gleichem Maße das Kollagen und Elastin befällt und daß die Epidermiszellen an der Degeneration ebenso beteiligt sind, wenn dies auch nach den Beobachtungen anderer Verfasser wahrscheinlich nicht häufig der Fall ist.

Die Anwendung von Kalziumlaktat bei der Behandlung gewisser Dermatosen, von Charles J. White-Boston. Um dieselbe Zeit, als Wright zuerst (vor etwa sieben Jahren) über die opsonische Behandlungsmethode schrieb, machte einer seiner Schüler, Ross (Toronto), Mitteilung über die Anwendung von Kalziumsalzen gegen Urtikaria,

Digitized by Google

Purpura und ähnliche Hautkrankheiten. Verfasser versuchte nun ebenfalls bei vielen und verschiedenartigen Hautkrankheiten die von Ross angegebene Mischung von Calcium acticum mit Chloroformwasser — die genaue Dosierung ist aus vorliegender Arbeit keineswegs ersichtlich — und hatte in manchen Fällen, die lange Zeit hindurch rein äußerlicher Behandlung nicht gewichen waren, aber allerdings gleichzeitig mit dem inneren Mittel auch Salben erhielten, geradezu überraschende Erfolge. Ohne das milchsaure Kalzium ein Spezifikum nennen zu wollen, glaubt White nach diesen Resultaten dasselbe als ein wertvolles Hilfsmittel bezeichnen zu können, das bei hartnäckigen Fällen von Urtikaria, Erythema multiforme, Pernio, Hyperidrosis und vielleicht auch Purpura stets versucht werden sollte.

Persönliche Beobachtungen über Hautkrankheiten bei den Negern Amerikas, von H. H. Hazen-Washington. Von den 2000 persönlich von H. beobachteten Fällen der verschiedenartigsten Hautkrankheiten betrafen 718 Neger, d. i. zum größeren Teile Vollblutneger (543), zum geringeren Mulatten. H. kommt zum Ergebnisse, daß letztere relativ stärker von Hautkrankheiten befallen werden, als Vollblutneger. Folgende Krankheiten sind unter Negern mehr vorherrschend, als unter Weißen: Dermatitis papillaris capillitii, Keloide, trockene Seborrhoea, Syphilis, Tinea tonsurans, Urtikaria und Vitiligo. Weniger vorherrschend bei den Negern sind Alopecia areata, Karzinom, akutes Ekzem, Erythema multiforme, Furunkel, Angiome und Naevi, Pediculosis capitis, Psoriasis, Rosazea, Sykosis vulgaris, Tinea cruris und Xanthelasma.

Ein Fall von Ringworm des behaarten Kopfes beim Erwachsenen, von John J. Rothwell-New York. Es handelte sich um einen 20jährigen Neger, der eine Anzahl runder oder ovaler, leicht schuppender, von ganz dünnem Haare bedeckter Herde am Nacken und Hinterhaupte, im Durchmesser von $^1/_4$—$^3/_4$ Zoll, zeigte. Mikroskopische Untersuchung der extrahierten Haare ergab den Befund von Myzelien und kleinen Sporen. Die auch wiederholt von anderer Seite vorgenommene Untersuchung bestätigte die Trichophyten. Subjektiv war nur leichtes Jucken vorhanden, die Herde, die seit etwa drei Wochen bestanden haben sollen, glichen der so häufig vorkommenden trockenen Seborrhoe, während die Tinea trichophytica des behaarten Kopfes als seltenes Hautleiden anzusehen ist. M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. Prostata.

Die Behandlung der Prostatatumoren durch das Radium, von Degrais und Pasteau-Paris. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, H. 2.) Da die operative Behandlung des Prostatakarzinoms zurzeit noch keine allzu ermutigenden Resultate ergibt, haben sich die Verfasser bemüht, festzustellen, welchen Einfluß das Radium auf solche Fälle hat. Sie behandelten einen Patienten von 57 Jahren, der an einem Prostatakarzinom litt, das sich bis in die Blasenhöhle hineinerstreckte. Der Allgemeinzustand war ein äußerst schlechter. Unter dem Einflusse des Radiums — die Radiumträger wurden lediglich in die Harnröhre eingeführt — bildete sich das Neoplasma zurück und verschwand völlig. Heute — nach drei Jahren — hat sich noch kein Rezidiv eingestellt. Im ganzen haben die Verfasser 15 Fälle behandelt mit zum Teil hoffnungslosem Allgemeinzustand; bei allen ging der Tumor zurück und die Patienten erfreuen sich ausgezeichneten Wohlbefindens. Gleichzeitig bildeten sich jedesmal auch die inguinalen Drüsen-

Digitized by Google

pakete zurück oder verschwanden fast völlig unter dem ausschließlichen Einfluß der Prostatabestrahlung. In einem Falle, wo es sich um eine exzessiv große und starke fixierte Prostata handelte, verringerte sich infolge der Radiumbestrahlung das Volumen derart, daß eine Prostatektomia suprapubica vorgenommen werden konnte. Die histologische Untersuchung zeigte in äußerst klarer Weise die Einwirkung der Radiumstrahlung auf die Struktur des Tumors. Aus einer beigefügten Abbildung ist dies ersichtlich, ebenso sind die zur Bestrahlung benutzten Instrumente im Bilde veranschaulicht.

H. Rausch-Darmstadt.

Ein Beitrag zur Zystenbildung in der Prostata mit epidermoidaler Auskleidung, von Johannes Sckeide-Breslau. (Zbl. f. Path., Bd. 25, Nr. 3.) Bei der Sektion eines an den Folgen einer Ernährungsstörung gestorbenen vier Monate alten Knaben fund sich ein harter Tumor, der zwischen Blase und Rektum lag, der Prostata aufzusitzen schien und sich als zystische Bildung erwies, die aus einer kirschkerngroßen Hauptzyste und mehreren Nebenzysten bestand. Mikroskopisch erwies sich die Innenwand der Zysten mit Plattenepithel ausgekleidet, das überall Verhornung zeigte. Dieses zunächst ortsfremd erscheinende Epithel ist nach S. jedoch nicht neu hier entstanden, sondern — wie auch das Vorhandensein von Plattenepithel in der Prostata unter normalen Verhältnissen zeigt — aus dem fötalen Leben stehengeblieben.

O. Gans-Hamburg.

Adenom der Prostata, von Edwin Beer-New York. (M. Record, 14. März 1914.) Erfahrungen an 85 Fällen, von denen 60 einer suprapubischen Operation unterzogen wurden, deren Endresultate Verfasser für ideal erklärt. W. Lehmann-Stettin.

Die Diagnose und Behandlung der bösartigen Prostataaffektionen im Anfangsstadium, von Kümmel-Hamburg. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 43/44.) Die konstantesten diagnostischen Anhaltspunkte für Prostatakarzinom sind erstens der spontane, in der Prostatagegend befindliche, mehr oder weniger kontinuierliche und intensive Schmerz, zweitens die rektal festzustellende, nie fehlende Härte der Prostata und drittens der durch Palpation hervorgerufene Druckschmerz. Dem plötzlichen Auftreten von Blutungen, den unvermittelt auftretenden Beschwerden der Urinentleerung und Urinverhaltung ist eine weitere Bedeutung beizulegen. Zystoskopisch läßt sich im Anfangsstadium nur wenig für die Diagnose Karzinom verwerten. Als Operationsmethoden ist die perineale oder suprapubische Operation zu empfehlen, ebenso das Wilmssche, Youngsche oder ähnliche Verfahren. Eingreifendere Operationen sind im Frühstadium nicht erforderlich. Bei ungenügender Nierenfunktion ist die zweizeitige Prostatektomie als der gefahrlosere Eingriff zu bevorzugen. Es sind Dauerheilungen über acht Jahre beobachtet worden. B. Junghanns-Dresden.

Krebs der Prostata, von B. F. Mc Grath-Rochester. (J. Am. m. Assoc., 19. September 1914.) Nach den vom Verfasser in der Mayoschen Klinik an einer größeren Zahl von Fällen vorgenommenen Untersuchungen sind die anatomischen Verhältnisse beim Prostatakrebs analog den Vorgängen, wie sie Mac Carty für das Mammakarzinom beschrieben hat. Bei beiden Organen sind die Acini von einer einfachen Schicht von differenzierten Epithelzellen ausgekleidet, die sich aus den angrenzenden, undifferenzierten Zellen ergänzt. Unter dem Einfluß von noch unbekannten Reizen geraten diese undifferenzierten Zellen in abnorme Wucherung und schieben sich dann sowohl ins Lumen der Acini als auch in das umgebende Stroma vor. Das Vorhandensein von embryonalen Zellnestern bei der Entstehung von Prostatakrebs ist nach dieser Darstellung abzulehnen. Der Ausgangspunkt der Krebsbildung ist bei der großen Mehrzahl der Fälle der Hinterlappen, von wo aus das Gewächs sich meist in der Richtung nach oben hin ausdehnt. Metastasen an Knochen, Lymphdrüsen und den inneren Organen kommen

Digitized by Google

öfters bei noch wenig umfangreichen Prostatakrebsen vor; die Lymphdrüsen sind allerdings oft bei schon bestehenden anderweiten Metastasen nicht nachweislich affiziert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Vortrag über Prostatakarzinom, von P. J. Freyer-London. (Lanc., 13. Dezember 1913.) Daß die Freyersche Methode der Prostataoperation auch beim Krebs des Organes und selbst bei nicht allzu umfangreicher Ausdehnung und Übergreifen über die Kapsel hinaus auf die Umgebung erfolgreich sein kann, legt Verfasser an einigen frappanten Krankengeschichten dar. Die Arbeit enthält im übrigen eine klare Zusammenfassung der wesentlichsten Symptome des Leidens und Besprechung der symptomatischen Behandlung von inoperablen Fällen durch Anlegen einer permanenten, suprapubischen Fistel und Gebrauch einer praktischen (mit Abbildung geschilderten) Urinflasche.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Verfahren zur Entfernung der karzinomatösen Prostata, von R. Howard-London. (Lanc., 1913, Nr. 4711.) Zur gründlichen Entfernung aller etwa affizierten Drüsen und sonstigen Gewebsteile hat H. bei einem 48jährigen Manne, der seit einem Jahre prostatische Erscheinungen dargeboten hatte, sowohl durch einen ausgiebigen Schnitt durch die Bauchwand, als auch durch einen bogenförmigen Perinealschnitt Zugang zu der Blase sich verschafft und dieselbe vom Peritoneum sowie von ihren sonstigen Adhäsionen befreit. Unter elektrischer Beleuchtung gelang dies sehr vollständig und die Prostata wurde unter Amputation der Basis der Blase entfernt. Naht und Drainage. Die Operation wurde gut ertragen, und fünf Wochen nachher verließ Patient in ausgezeichneter Verfassung das Krankenhaus.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über hämatogene Tuberkulose der Prostata, von M. Simmonds. (Virch. Arch., 1914, Bd. 216, H. 1.) Man nimmt allgemein zwei Entstehungsweisen der Prostatatuberkulose an, die eine durch Fortwanderung der Infektion aus den benachbarten Harn- und Genitalwegen zur Vorsteherdrüse, die andere durch Verschleppung der Keime auf dem Blutwege. Während man letztere früher als ein seltenes Vorkommnis ansah, so ist doch jetzt, nach verschiedenen Statistiken zu urteilen, das Vorkommen der hämatogenen Prostatatuberkulose, wo sich also innerhalb des Urogenitalsystems an keinen anderen Punkten als in der Prostata Tuberkulose nachweisen läßt, ein viel häufigeres. Verf. bringt eine Zusammenstellung von 132 persönlich beobachteten Fällen von Prostatatuberkulose; es ergab sich daraus, daß 94 mal (= 72%) neben der Prostata auch andere Abschnitte des Genitalsystems tuberkulös erkrankt waren, daß 96 mal (= 53%) gleichzeitig mit der Vorsteherdrüse auch Teile des uropoetischen Systems tuberkulöse Veränderungen aufwiesen, daß endlich nur 15 mal (= 11%) der tuberkulöse Prozeß im Urogenitalsystem auf die Prostata beschränkt geblieben war. In mindestens 11% der Fälle, wahrscheinlich aber viel häufiger, war die Erkrankung also als rein hämatogen aufzufassen. — Die histologischen Untersuchungen ergaben: 1. es sind zwei Formen der hämatogenen Prostatatuberkulose zu unterscheiden: a) die an die Drüsengänge gebundene Ausscheidungstuberkulose; das interstitielle Gewebe beteiligt sich hierbei nur sekundär; b) die metastatische, mit Bildung interstitieller Miliartuberkeln und ohne Beteiligung der drüsigen Gebilde einhergehende Form. 2. Fortgeleitete und Ausscheidungstuberkulose liefern die gleichen histologischen Bilder. In beiden Fällen treten die Bazillen zuerst in den Drüsengängen auf und führen zu Schädigung des Epithels und der Drüsenwand (sieben Textfiguren).

Haller-Dresden.

Die Tuberkulose der Prostata, von A. Götze. (Prag. m. W., 1914, Nr. 37.) Verfasser weist darauf hin, daß die Tuberkulose in den männlichen Geschlechtsorganen

Digitized by Google

häufiger vorkommt als im Harnapparat und daß die Prostata dasjenige Organ des Genitale ist, das am häufigsten daran erkrankt, oft genug das erste und einzige Organ dieses Systems, das krank befunden wird. Sie erkrankt fast immer sekundär. An der Hand von acht Präparaten wird demonstriert, daß sich die Erkrankung nicht bloß in der Richtung des Sekretstroms, sondern auch in der entgegengesetzten weiter ausbreiten kann. Weiter wird die Diagnose der Prostatatuberkulose besprochen. Als Therapie wird mit Ausnahme der Fälle, wo eine Operation nicht mehr möglich erscheint, radikaleres Vorgehen als bisher gefordert. E. Klemm-Leipzig.

Die physikalische Behandlung der Vorsteherdrüsenentzündung, von Bieck-Marburg. (Arch. f. physik. M., Bd. 8, Heft 1.) Bei der prallen durch Blutüberfüllung bedingten Schwellung der Prostata warnt der Verfasser vor jeder direkten Behandlung. Dagegen scheint ihm die Vibrationsmassage über den Glutäen, dem Kreuzbein, der Symphyse, dem Damm, eine wesentliche Wirkung zu haben. Heftige Entzündungszustände werden auch durch die Anwendung des Schneerschen Vierzellenbades schnell gelindert. Daneben wird von der Wärme Gebrauch gemacht, mittels des von Murimschen Strahlers, einer in einem Reflektor befindlichen Birne oder der auf elektrischem Wege zu erhitzenden Kissen. — Nach Beseitigung des Reizzustandes der Drüse ist der elektrisch zu erhitzende Thermopsychrophor anzuwenden, die einzelne Sitzung zu einer halben bis dreiviertel Stunde. Zur Massage verwendet der Verfasser entweder den Finger, oder ein durch einen Motor in Betrieb gesetztes Ansatzstück der Welle. Bei schlaffer Drüse ist der faradische oder sinusoidale Strom indiziert. Alte harte Infiltrate sowohl wie Prostatahypertrophie weichen der Röntgenbestrahlung.

Peyser-Harburg.

Die Funktion der Prostata und Behandlung der Prostatahypertrophie durch indirekte Bestrahlung, von Jakobsohn-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 45.) Es besteht ein naher biologischer und funktioneller Zusammenhang zwischen Prostata und Samenblasenapparat. Die Samenblasen sondern ein glasiges gelatinöses Sekret ab, in welches die Spermatozoen verteilt, aufbewahrt und unbeweglich eingebettet werden. Diese Samenballen werden dann durch das dünne Prostatasekret in kurzer Zeit aufgelöst, die Spermatazoen gewinnen ihre volle Lebendigkeit. Verfasser behandelte deshalb fünf Patienten mit Prostatahypertrophie durch Bestrahlung der Samenblasen mit Mesothorium und konnte Erfolge verzeichnen. Die Beschwerden ließen nach, die Prostata hatte sich deutlich verkleinert. B. Junghanns-Dresden.

Weitere Beobachtungen über den Wert der Hochfrequenzentladung zur Besserung prostatischer Obstruktion in ausgewählten Fällen, von Henry G. Bugbee-New York. (M. Record, 14. Febr. 1914.) Nach den Beobachtungen des Verfassers gibt es eine Reihe von Fällen, in denen die chirurgische Eröffnung und Entfernung hinderlicher Prostatatumoren vermieden werden kann und in denen die Applikation des Hochfrequenzfunkens (durch das Zystoskop hindurch und unter Kontrolle des Operationsfeldes mittels desselben) besser ist als das Vorgehen von Bottini, Goldschmidt und Chetwood. Er berichtet über seine Resultate in 14 Fällen. W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie durch die Radiotherapie, von Haret-Paris. (Strahlenther., 1913, Bd. 3, Heft 2.) Was die Technik der Bestrahlungen anlangt, so existieren zwei Methoden. Entweder kann man einen Lokalisator ins Rektum einführen, oder durch das Perineum hindurch bestrahlen. Wesentlich ist, daß filtrierte Strahlen verwendet werden, die durch die Haut des Perineums die Prostata auch erreichen. Indiziert ist die Bestrahlung nur, wenn es sich um Drüsenhypertrophie handelt, während sie bei der Bindegewebshypertrophie direkt kontraindiziert ist. Es werden also die im Beginn der Erkrankung zur Behandlung kommenden Patienten am meisten sich

Digitized by Google

für die Bestrahlung eignen. Verfasser führt die Krankengeschichte von fünf Fällen an. Namentlich beim Falle eins erzielte er ein gutes Resultat, sieben Jahre sind seit Beendigung der Bestrahlungen verflossen, ohne daß sich wieder die Symptome eingestellt hätten, gegen die der Patient seinerzeit die Röntgenbestrahlungen erhielt. Es wurden sechs Bestrahlungen vorgenommen, allwöchentlich 3H auf das Perineum, Härte sieben Benvist. Das Prostatavolumen ging stark zurück, Residualharn 40 g. Ein Fall dagegen bestätigte die Unwirksamkeit der Strahlenbehandlung in den Fällen alter Prostatahypertrophie, in denen die Bindegewebshyperplasie der vorherrschende Faktor ist. Hier ist also die Operation doch das einzige Mittel. Bei den anderen Patienten ließ sich schon nach den ersten Sitzungen eine Verminderung der Frequenz der Miktionen konstatieren und ein Zurückgehen des Prostatavolumens. Verfasser hält die einfache Bestrahlung durch das Perineum für ausreichend, sie muß nur so früh als möglich beginnen.

H. Rausch-Darmstadt.

Ein Vorschlag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Arthur Adler-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 39.) In einer kurzen Notiz lenkt Adler die Aufmerksamkeit darauf, ob es nicht möglich sei, Prostatahypertrophie (analog den Geschwülsten der Gebärmutter) vom Darm oder der Harnröhre aus mit Radium oder Mesothorium günstig zu beeinflussen.

O. Lasch-Breslau.

Radiotherapie bei Prostatahypertrophie, Prostatitis und Periprostatitis chronica, von Rosti. (Morgagni, 31. Mai 1914.) Verfasser hat bei den genannten Leiden die Prostata vom Perineum aus bestrahlt. Die Bestrahlungen erfolgten jeden zweiten Tag in Serien zu drei Sitzungen; in jeder Serie wurden 4—5H appliziert. Auf jede Serie folgte je nach dem Resultate eine Pause von 10—12 Tagen bis 1 Monat und mehr. Es hat sich gezeigt, daß die Röntgenstrahlen bei Prostatitis und Periprostatitis chronica, sowie bei Prostatahypertrophie im ersten Stadium sehr günstig wirken. Sowie die Prostata aber eine fibröse Umwandlung eingeht, ist der Effekt geringer oder gleich Null.

R. Frühwald-Leipzig.

Der Bottini in der Behandlung der Prostatahypertrophie, von M. u. A. Bernay-Lyon. (Monde méd., 1913, S. 912.) Der radikalen Prostatektomie haftet die Gefahr der Bronchopneumonie und des Operationschokes an. Die Methode Bottinis ist ohne Gefahr, sie braucht nur leichte Lokalanästhesie und kein längeres Krankenlager. Vor der Operation werden der Katarrh und die Infektion der Blase, so gut als möglich, behandelt. Für die Anästhesie werden in die Blase 40 ccm einer $^1/_2$% Novokainlösung und subkutan 0,01 Morphium gegeben. Der Strom hat 6—12 V. Spannung und ca. 50 Ampere, die Schnittlänge beträgt 25—35 mm, 1—3 Schnitte, die lateralen in einem Winkel von 30° nach rechts und links vom medianen. Hinterher womöglich keinen Verweilkatheter, sondern Harnantiseptika, unter denen Verfasser das Arrheol wegen seiner beruhigenden Wirkung vorziehen. Bei abudanter Blasenblutung geben Verfasser per os 4 g Calcium chloratum gelöst pro Tag und Erfolg. Der Urin enthält eine Zeitlang Gerinnsel und Blut, die Blase wird zunächst täglich einmal gespült, später seltener. Wenn die Inzision länger als 35 mm ist, kommt der Plexus prostaticus in Gefahr, verletzt zu werden. Man vermeidet dies wegen der Blutung. Manchmal besteht einige Tage Inkontinenz, seltener Retention. Diese Methode hat nicht die brillanten Erfolge der Prostatektomie, sie gibt jedoch bei mehr oder weniger kachektischen Prostatikern die Möglichkeit, gefahrlos zu helfen.

J. Werther-Dresden.

Drei Fälle von Prostatahypertrophie nach der Bottinischen Methode operiert, von Ch. Perrier. (Rev. Suisse rom., 1914, Nr. 4.) Verfasser hat in drei Fällen ausgezeichnete Resultate mit der galvanokaustischen Inzision der hypertrophierten Prostata gehabt. Diese Methode ist zwar durch die Prostatektomie in den letzten Jahren

Digitized by Google

in den Hintergrund gedrängt worden; sie ist es aber wert, daß man in Fällen, wo eine Radikaloperation nicht angezeigt erscheint, auf sie zurückgreift. R. Frühwald-Leipzig.

Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Hans Wildbolz-Bern. (Schweiz. Korr. Bl., 1914, Nr. 23.) Für die Behandlung der Prostatahypertrophie kommen zwei Methoden in Betracht: der regelmäßige Katheterismus und die Prostatektomie; die Resultate der ersten Methode lassen sich nicht zahlenmäßig feststellen. Es ist anzunehmen, daß viele Prostatiker sich dabei wohlbefinden, aber es besteht dabei doch immer die Gefahr der Blaseninfektion. Die beiden Methoden der Prostatektomie, die perineale und die suprapubische, bestehen zurzeit nebeneinander, wenn auch die meisten Chirurgen die suprapubische Operation, die allerdings die höhere Sterblichkeitsziffer aufweist, vorziehen, da sie technisch einfacher ist und da sie seltener Störungen der sexuellen Potenz hinterläßt. Wildbolz zieht die perineale Methode vor. Ihre angeblichen Nachteile, das häufigere Auftreten von Inkontinenz und von Urinfisteln, sowie eine längere Heilungsdauer muß er nach seinen Erfahrungen bestreiten. Das Vorkommen von Potenzschädigungen gibt er zu, er hält es aber für unwesentlich, da es sich ja sowieso nur um alte Männer handelt. Dagegen erscheinen ihm die Vorzüge der perinealen Operation bedeutend genug: Der Eingriff wurde stets ungewöhnlich gut von den Patienten vertragen, sie konnten meist schon nach wenigen Tagen aufstehen. Die Blutung bei der Operation war immer nur gering, vor allem kamen nie gefährliche Nachblutungen vor. Da aus der Dammwunde der Abfluß der Wundsekrete leicht und vollständig erfolgen kann, waren die Resultate bei nicht infizierter, wie bei infizierter Blase gleich gute. Einen weiteren sehr wesentlichen Vorteil der perinealen Methode sieht Wildbolz darin, daß die Übersichtlichkeit des Operationsfeldes gestattet, jede Prostata sauber zu entfernen, ein Vorteil, der um so mehr ins Gewicht fällt, als die karzinomatöse Erkrankung der Drüse oft erst bei der Operation erkannt werden kann und weil hierbei die perineale Operation entschieden weniger Schwierigkeiten macht und bessere Heilungsresultate ergibt als die suprapubische Methode. Die Resultate von Wildbolzs Prostatektomien waren dauernd gute, er beschreibt noch genau die Technik seiner Operation. Besonderes Gewicht ist auf eine sehr sorgfältige Nachbehandlung zu legen. Für angezeigt hält Wildbolz die Operation in jedem Falle von Prostatahypertrophie, bei dem trotz regelmäßigem Katheterismus die Residualurinmenge sich nicht auf weniger als 200 ccm vermindert. Als einzige Gegenanzeige bezeichnet er, da die Operation unter Lokalanästhesie ausgeführt werden kann, nur die Insuffizienz der Nieren.

H. Böhme-Leipzig.

Beitrag zum Studium der Prostatahypertrophie und ihrer radikalen Heilung, von Gino Monzardo-Montagnana. (Riforma m., 1913, Nr. 50/51.) Verfasser empfiehlt an der Hand einer sehr ausführlichen Literatur, bei welcher er eingehendst die anatomischen Merkmale, die Pathogenese und die Indikationen und Kontraindikationen beleuchtet, unter allen Umständen die Prostatektomie; nach minutiöser Beschreibung der Technik der Operation und Berichte der dreizehn von ihm operierten Fälle, von welchen drei mit Tod abgingen, befürwortet Verfasser nochmals die Prostatektomie — als für alle Fälle geeignet — aufs wärmste. Die Wiedergabe der, wie gesagt, minutiösen Angaben würde den für ein Referat zulässigen Raum überschreiten.

E. Rossen-Wiesbaden.

Über Prostatahypertrophie und die Prostatektomie nach Wilms, von Kulenkampff-Zwickau. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Wir dürfen heutzutage als feststehend betrachten, daß die Prostatahypertrophie ein lokales Leiden darstellt, das wir beseitigen sollen, bevor es diesen lokalen Charakter verliert; daher die Forderung der sogenannten Frühoperation. Zu einem richtigen Verständnis der Operationsmethoden gehört vor

Digitized by Google

allem die Kenntnis der pathologischen Anatomie der Prostatahypertrophie; vieles ist noch ungeklärt, aber durch die Untersuchungen und viele Hunderte von Operationen ist jetzt sicher, daß wir es bei der sogenannten Prostatektomie in der Regel mit nichts anderem zu tun haben als mit einer Enukleation eines die ursprüngliche Form der Drüse mehr oder minder nachahmenden Tumors aus der Drüse selbst. Für die Indikationsstellung der Operation und für die Wahl und Erfolge der verschiedenen Operationsmethoden ergibt sich: selbst bei einer Frühoperation ist das Leiden kein rein lokales mehr; Blasen- oder Nierenveränderungen sind schon bis zu einem gewissen Grade ausgebildet. Zweitens: die Häufigkeit des Karzinoms beträgt etwa 15—20% der Fälle. Drittens: die günstigeren Operationsresultate sind Folge einer ganzen Anzahl von Faktoren, betreffs der planmäßigen Enukleierung aus der Drüse und besseren Anästhesierungsmethoden. Viertens: die sogenannte Prostatektomie muß im allgemeinen möglich sein ohne Störung der Kontinenz und der geschlechtlichen Funktionen. — Verfasser schildert die verschiedenen Operationsmethoden; eine schematische Zeichnung illustriert die durch die drei Operationsmethoden in dem Harnsystem gesetzten Defekte. Er empfiehlt die Prostatektomie nach Wilms; seiner Ansicht nach ist dieselbe die Methode der Zukunft und bedeutet einen großen Fortschritt in der Therapie der Prostatahypertrophie. Haller-Dresden.

Klinische Vorlesung über das beste Alter zur Vornahme der Prostatektomie, von F. Legueu-Paris. (M. Press. a. Circ., 4. März 1914.) Verfasser tritt warm für die möglichst frühzeitig vorzunehmende Prostatektomie ein, da die Prognose in jeder Beziehung um so günstiger ist, je jünger der an Prostata leidende Patient ist. Dieser Satz gilt allerdings nur für die auf dem Wege des hohen Blasenschnittes vorzunehmende Operation, nicht für die Sectio perinealis. Bei einem kleinen Material — 30 Fälle — betrug die Mortalität 4 = 13%, die alle über 60 Jahre alt waren, während bei acht Operierten im Alter von 55 bis zu 60 Jahren sich kein Todesfall ereignete.
H. Fendt-Wiesbaden.

Über 200 Fälle von Prostatektomie, von P. Herescu-Bukarest. (Med.-chir. Kongr. in Bukarest, 20.—23. April 1914.) Der Verfasser hat von 1900—1905 50 Prostataexstirpationen auf perinealem Wege vorgenommen, eine Mortalität von 9% gehabt und viele von diesen Kranken nach 9, 11 und 12 Jahren gesund wiedergesehen. Die Operation ergibt also gute Resultate; nichtsdestoweniger ist die transvesikale Prostatektomie derselben vorzuziehen, namentlich wenn man von den Karzinomen absieht. Die anfängliche Sterblichkeit von 11% ist auf diese Weise in letzter Zeit erheblich zurückgegangen, namentlich seit H. keine Prostataoperation vornimmt, ohne sich vorher über den Koeffizient der Harnstoffausscheidung und namentlich über die Ambardsche Konstante orientiert zu haben. Letztere muß als ein großer Fortschritt für die Chirurgie der Prostata angesehen werden. Ist dieselbe unter 0,100, dann kann die Operation vorgenommen werden, sonst aber nur nachdem der Kranke während mehrerer Tage oder Wochen einer strengen lakto-vegetarischen Kost unterworfen und während einiger Tage vor der Operation je fünf Tropfen Digalen genommen hat. Von den 35 im Jahre 1913 vorgenommenen Prostatektomien endeten nur zwei tödlich, und zwar starb der eine Patient am 14. Tage nach der Operation an Angina pectoris, der andere nach einem Monate plötzlich infolge einer Herzkrankheit. Im laufenden Jahre hat H. 18 Prostatektomien ohne einen Todesfall gemacht. Man kann also sagen, daß die Prostataausschneidung in Anbetracht der guten Erfolge baldigst zu den alltäglichen Eingriffen gezählt werden wird. E. Toff-Braila.

Zur perinealen Prostatektomie, von E. Lick-Danzig. (M. m. W., 1914, Nr. 11.) Zu der von Berndt (M. m. W., 1914, Nr. 1) beschriebenen Methode der perinealen

Digitized by Google

Enukleation der Prostata bemerkt L., daß dies Verfahren in Amerika sehr ausgiebig geübt werde, und daß er es selbst bei einem Falle gelegentlich anwandte und von dem glatten Verlauf angenehm überrascht wurde. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Technik der Prostatectomia suprapubica, von Jenkel-Altona. (Zbl. f. Chir., 1913, Nr. 28.) Operationstechnik. Empfehlung eines eigens zu dieser Operation konstruierten Prostatahebers. O. Valentiner-Leipzig.

Zur Technik der suprapubischen Prostatektomie und ihrer Nachbehandlung, von H. Schlopfer. (Prag. m. W., 1913, Nr. 38.) Verfasser berichtet über seine Stellungnahme zur Wundversorgung und Nachbehandlung der suprapubischen Prostatektomien. Bei Schwierigkeiten mit der Blutstillung nach der Enukleation sind heiße Spülungen zu versuchen. Hinterher ist das suprapubische Blasendrain Freyers einzulegen, das eine hohe Sicherheit vor jeder Harnstauung gewährt und auch größeren Koagulis den Durchtritt sicherer gestattet als der Verweilkatheter. Je weiter man die Blasenwunde von jener der äußeren Haut verlegen kann und je kontraktiler der betreffende Teil der Blasenwand ist, desto sicherer wird man eine Fistelbildung verhüten. Verfasser verwendet weitere Röhren, als sie sonst üblich sind, legt aber kein allzu großes Gewicht auf die Starrwandigkeit derselben. Spülungen sollen so wenig als möglich ausgeführt werden. Wenigstens in den ersten Tagen kommen Spülungen nur in Betracht, wenn sich das Blasendrain verlegen sollte. Das Drain bleibt, auch nachdem der Harn blutfrei geworden ist, noch durch einige Tage, also bis zum 7. oder 8. Tage liegen. Am 6. oder 7. Tage wird der Verweilkatheter eingelegt und, wenn dieser funktioniert und keine neuerliche Blutung kommt, spült man noch durch das Blasendrain und zieht am nächsten Tage das Drain ganz heraus. Gewöhnlich kommt dann bei guter Funktion des Katheters überhaupt kein Harn mehr durch die Blasenöffnung heraus. Durch den Verweilkatheter wird jetzt regelmäßig gespült. Er bleibt gewöhnlich bis zum 14. Tage liegen. Spontane Miktionen soll man nicht vor Ablauf der zweiten Woche erstreben, spült aber auch dann noch bei trübem Harn regelmäßig.

G. Heymann-Elbing.

Die suprapubische Prostatektomie mit spezieller Berücksichtigung der Drainage, von L. W. Smith-La Fayette. (J. Am. m. Assoc., 7. Nov. 1914.) Die Belästigung des Patienten durch Ausfließen des Urins nach der Ausführung des hohen Blasenschnittes bekämpft Verfasser durch eine Hebervorrichtung, welche einige praktische Verbesserungen bietet, wenn sie auch im Prinzip schon lange nicht mehr neu ist.

A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über eine neue kombinierte Methode der Prostatektomie, von J. L. Thomas-Cardiff. (Lanc., 23. Mai 1914.) Folgende Beobachtung wird als Beispiel angeführt: ein 83jähriger Mann mit ausgedehnter Arteriosklerose kam wegen akuter Urinretention zur Behandlung. Wegen sehr bedrohlicher Allgemeinerscheinungen wurde von einer Allgemeinnarkose abgesehen und die Spinalanalgesie mit Stovain ausgeführt. Zunächst wurde die Sectio alta vorgenommen und nach Entleerung des fötiden Urins ca. 30 ccm Jodtinktur (die englische Jodtinktur ist schwächer als die deutsche) in die Blase eingegossen. Ohne den Patienten irgend wie umzulagern, wurde alsdann die Blase vom Perineum her eröffnet, was durch Vordrängen der Haut durch eine vom hohen Schnitt her durch die Blase eingeführte Zange sehr erleichtert wird. Darauf erfolgte die Enukleation unter gleichzeitiger Bearbeitung von beiden Inzisionen her. Das Resultat war befriedigend. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Frage der totalen Entfernung der Prostata bei der sogenannten Hypertrophie, von A. P. Grinenko-Petersburg. (Arch. f. klin. Chir., 1914, Bd. 103, H. 2.) Histologisch ist die vollständige Entfernung der Prostata ohne Verletzung der faszialen

Digitized by Google

Hülle unmöglich. Die transvesikale Methode der Entfernung der Geschwulst aus der Drüse muß als einzig rationelle angesehen werden. Unter der Kapsel der Prostatadrüse versteht man die Hülle, die die Blätter der Beckenfaszien um dieselbe bilden. Eine Teilung der Prostata in Lappen ist vom anatomischen Standpunkt aus unberechtigt. Bei der sogenannten Prostatahypertrophie entwickeln sich in dem glatten Sphinkter aus den periurethralen Drüsen adenomatöse Knoten. Diese Knoten können aus der Drüse durch die Harnblase in ihrer ganzen Masse ausgeschält werden. Bei der transvesikalen Prostatektomie wird das periurethrale Adenom entfernt, die Prostata selbst bleibt an ihrem Platze. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Fall von suprapubischer Prostatektomie, von Carlos Negrete. (Rev. Ibero-Am., März 1914.) Beschreibung der Untersuchungsmethoden und der Operation. Hat mehr chirurgisches Interesse. R. Frühwald-Leipzig.

Eine Methode der Bekämpfung der postoperativen Hämorrhagie bei suprapubischer Prostatektomie, von E. L. Keyes-New York. (J. Am. m. Assoc., 19. Dez. 1914.) Die von K. hier mitgeteilte Methode besteht im wesentlichen in der Kompression des nach der Enukleation der Prostata meistens ziemlich stark und unregelmäßig eingerissenen Blasenhalses vermittels einer Katgutnaht, welche mit der Reverdinschen Nadel vom Perineum her in die Blase und dann unter Umfassung des Blasenhalses durch die gleiche Hautstelle wieder hinausgeführt wird. Ohne die beigegebenen Abbildungen ist eine Wiedergabe der technischen Einzelheiten kaum möglich. Bei zehn Fällen erwies sich die Methode als sehr brauchbar. A. Philippi-Salzschlirf.

Eine neue Methode zur Nachbehandlung der Prostatektomie, von J. W. van Bisselick. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 12.) Um das Frühaufstehen der Operierten zu beschleunigen, wird in der chirurg. Universitätsklinik in Amserdam seit $1^1/_2$ Jahren während einiger Tage nach der Operation ein Dauerkatheter gebraucht, wobei nach der Prostatektomie nur ein sehr kleines Loch in der Blasenwunde offen gelassen wird, durch das ein Tampon nach außen geführt wird. Der Tampon wird meist nach 24 Stunden entfernt. Die Blase wird alle 2 Stunden gespült und der Katheter jeden Tag gewechselt. Vom 3.—4. Tage ab wird der Katheter nur nachts eingelegt; nachher kann Patient auch nachts spontan urinieren. Bei stark infizierter Blase wird der Tampon erst nach 48 Stunden entfernt. E. Brinitzer-Altona.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die Erkrankungen der Niere, von E. Portner-Berlin. (M. Kl. 1914, Nr. 2, 3, 4, 6, 10, 13, 15.) Die praktischen Winke, die Portner in einzelnen Heften der „Medizinischen Klinik" in dem Kapitel: „Aus der Praxis für die Praxis" gibt, umfassen dieses Mal das Gebiet der Nierenerkrankungen. Mit lapidarer Kürze bespricht er Ätiologie, klinische Symptome, Prognose, Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten und bringt neben vielem Bekannten auch viele praktisch wertvolle neue Gesichtspunkte. Er beginnt mit der akuten Pyelitis. 1. Ätiologie: Einwanderung von Bakterien (oft Bact. coli.) unter begünstigenden Umständen (Blennorrhoe, Prostatahypertrophie, Strikturen, Schwangerschaft). 2. Symptome: Schmerzen in der Nierengegend, hohes Fieber, Urin eitrig. 3. Diagnose: aus dem Eitergehalt des Urins, der Anamnese und ev. Ureterenkatheterismus. 4. Therapie: in erster Reihe Wärme durch Thermophor mit oder ohne Rumpfwickel, eventuell Narkotika; viel Flüssigkeit, d. h. heiße Getränke, Milch mit Selter 3 : 1, sechs Glas täglich, dünnen Tee (Baldrian, Kamillen, Lindenblüte), vier bis sechs Tassen oder spezifischer Fol. uvae ursi oder Fol. bucco, im ganzen drei Liter Flüssigkeit pro die. Ferner Salol 4—5 mal täglich à 1 g ca. 8 Tage lang, dann Urotropin usw., lakto-vegetabile Diät, erst nach 8—14 Tagen etwas Fleisch. Bei anhaltendem

Digitized by Google

Fieber Ureterenkatheter, eventuell stundenlang liegen lassen, im Notfalle Nephrotomie. Dann die chronische Pyelitis, meist aus der akuten, selten von vornherein sich schleichend entwickelnd, meist bei Frauen. Dauernde Pyurie, mit Schmerzen, Fieber; Diagnose durch den Ureterenkatherismus und funktionelle Nierendiagnostik. Nach Ausschaltung von Prostata und Blase als Sitz der Eiterung ein Versuch, die Größe des Nierenbeckens festzustellen durch Röntgenbild (eventuell mit Kollargol), eventuelle Verwechslung mit Tuberkulose oder Steinbildung. Therapie: Salol, Urotropin, drei Liter Flüssigkeit; gemischte Diät, auch Fleisch, Nierenbeckenspülungen mit 1% Arg. nitr. oder 1% Kollargol 8—30 ccm. Wenn nach zehn Malen erfolglos, abbrechen. Vakzinebehandlung mit der Autovakzine eines aus dem Urin gewonnenen Bakteriums, selten von Erfolg. Ureterendauerkatheter nur bei Exazerbation $^1/_2$—1, eventuell 14 Tage liegen lassen, strengste Asepsis. Pyelonephritis, hervorgerufen meist durch akute Infektionen (Anginen, Furunkel, Abszesse) oder von den unteren Harnwegen aus, besonders bei gleichzeitiger Stauung infolge von Prostatahypertrophie, Gravidität oder durch Nierensteine. Von den Symptomen besonders erwähnenswert das hohe Fieber mit Schüttelfrost, Druckempfindlichkeit und Vergrößerung der Niere, Urin oft nur wenig getrübt. Diagnose durch Palpation, funktionelle Nierendiagnostik, Ureterenkatherismus. Therapie: Salol viermal täglich 1,0 g, reichliche Flüssigkeitszufuhr. Diät: $1^1/_2$ Liter Milch mit Zwieback, Weißbrot, Reis, Grieß usw., später grünes Gemüse und Obst. In chronischen Fällen auch Fleisch. Nicht reine Milchdiät, die zur Unterernährung führt. Bei anhaltendem Fieber und Verschlechterung des Befindens Nephrotomie, da sonst Sepsis-anurie zu befürchten ist. Es folgen dann die für den Praktiker weniger in Betracht kommenden Erkrankungen: Pyonephrose, Epinephritis, Para- und Perinephritis. Bei den Nierentumoren ist die Diagnose, ob gutartig (Lipome, Adenome) oder maligne (Hypernephrome, Sarkome, Karzinome), meist nur durch die mikroskopische Untersuchung zu stellen, daher, sobald ein Verdacht vorhanden ist, operieren, zumal das deutlichste klinische Symptom (neben Abmagerung und Schmerzen) die Hämaturie meist erst sehr spät auftritt. Da die Palpation meist nicht zum Ziele führt, noch während der Blutung zystoskopieren, um feststellen zu können, aus welcher Niere die Blutung kommt. Im übrigen Röntgenbilder, besonders nach Kollargolfüllung des Nierenbeckens. Therapie: Nephrektomie mit gründlicher Entfernung der Kapsel. Prognose: bei früh erkannten Fällen leidlich, bei großen Tumoren ungünstig. In bezug auf Nephralgie (Nephralgia haematurica, Nierensteinneuralgie, Nephritis dolorosa) schreibt Portner: „unklares aber wichtiges Krankheitsbild", und bespricht in diesem Sinne auch die Symptome, Diagnose usw.

Ausführlicher behandelt Portner das Kapitel der Nierensteine: 1. primäre Steine — meist Urate und Oxalate — aus unbekannter Ursache. 2. Phosphate bei Eiterungen in der Niere. Die Steine liegen meist im Becken, seltener im Parenchym. Urin zuerst meist klar, später meist eitrig und Bildung von Pyonephrose oder Schrumpfung der Niere. Von den Symptomen sind zu nennen: Schmerzen, kolikartig oder kontinuierlich, meist nach den Nachbarorganen ausstrahlend. Blutungen so, daß oft auch im klaren Urin rote Blutkörperchen nachweisbar sind. Diagnose oft nur sicher möglich, wenn Steinschatten im Röntgenbilde sind, doch können selbst größere Steine, besonders Urate, keinen Schatten bilden. Stets von beiden Seiten Aufnahmen machen, eventuell den zentrifugierten Urin mikroskopisch genau untersuchen. Behandlung: 1. bei Kolik Morphium oder Heroin, Thermophor, Darmentleerung durch Eingüsse mit Seifenwasser, $^1/_2$ Eßlöffel Sapo kalinus auf 1 Liter Wasser von ca. 30° C, 1 m Druck; wenn keine Übelkeiten, reichlich heiße Getränke, 3—4 Liter Wasser, Milch, Tee, Kaffee usw., eventuell Glyzerin (Glycerini purissimi 180,0, Tinct. cort. aurantii, Tinct. amar. āā 10,0.

Digitized by Google

D. S. Die Hälfte in einer Stunde austrinken, nächsten Tag wiederholen). 2. Nach der Kolik Röntgenbild; bei kleinen Steinen bis Erbsengröße und klarem Urin, abwarten, aber durch gut verteilte reichliche Flüssigkeitsmengen, $2^1/_2$ Liter pro die, die Anlagerung neuer Kristalle verhüten. Bei trübem Urin viermal täglich 0,5 Urotropin. Diät: gemischte, reizlose Kost, regelmäßiges Leben, kein übermäßiger Alkoholgenuß, keine Obstipation. Bewegung nur dann verbieten, wenn der Urin blutig oder eitriger wird. Alle sechs Wochen mikroskopisch konzentrierten Urin untersuchen. Sobald stärkere Infektion oder dauernde Beschwerden oder wiederholte starke Blutungen: Operation; letztere bei Steinen über Erbengröße ebenfalls erst bei Verschlechterung des Befindens oder Komplikation (Pyelonephritis mit septischem Fieber, Anurie), regelmäßige Urinkontrolle, Zustand kann jahrelang stabil bleiben. Von den Operationen ist die Pyelotomie, d. h. die Spaltung des Nierenbeckens, der Nephrotomie vorzuziehen, aber nur möglich, wenn der Stein im Nierenbecken lokalisiert — ohne Fortsätze in dem Kelche — und der Urin nur leicht infiziert ist. Nach Entfernung des Steines (spontan oder operativ) durch Diät Rezidiven vorbeugen; dieselbe muß je nach der chemischen Konstruktion des Steines geregelt werden (vgl. Original). Medikamentös bei Uraten, bei denen der Urinamphoter reagieren soll, Natr. bicarbon. viermal täglich einen Teelöffel (2,5 g) oder Natr. citr. viermal täglich eine Messerspitze, aber nicht direkt nach den Mahlzeiten; bei Oxalaten soll die Reaktion sauer sein. Magnes. citr. in Sandowscher Mischung oder Magnes. sulfur. viermal täglich eine reichliche Messerspitze = 0,5 g, eventuell in Oblaten. Im folgenden Aufsatz bemerkt Portner in bezug auf die Wanderniere folgendes: meist rechts, meist kongenital, bei schlanken Individuen und bei Frauen, durch Erschlaffung der Bauchdecken hervorgerufen; oft gar keine Symptome, bei manchen Fällen ziehende Schmerzen in der Kreuz- und Nierengegend; bisweilen Übelkeiten und Erbrechen, sehr selten Koliken (Knickung des Nierenstiels, Hydronephrose). Diagnose: beweglicher Tumor von Nierenform und -größe, der sich in die Nierennische reponieren läßt. Therapie: nur bei Beschwerden, die zum größten Teil auf die meist ebenfalls gesenkten Bauchorgane zurückzuführen sind. Von Bandagen am empfehlenswertesten Teufels Universalleibbinde (17,00 M.), am besten ohne Pelotte, wenn mit solcher, dann einer so großen, daß sie vom Rippenbogen zum Darmbeinkamm reicht; kleinere Pelotten hindern das Hinabgleiten nicht und schaden eventuell durch Druck. Binde im Liegen nach vorheriger Reposition anlegen, für Stuhlgang sorgen, langes Stehen verbieten, dagegen Turnen zur Kräftigung der Muskulatur, eventuell Mastkur. Operativ: Nephropexie, d. h. Aufhängen der Niere mit Katgutligaturen an die 12. Rippe, nur bei schweren Koliken, oder wenn starke Beschwerden trotz Binde bestehen, oder wenn Albumen oder Zylinder auf nephritische Erkrankung deuten. Urinuntersuchung vor der Palpation, da diese oft schon leicht reizend wirkt und im Urin sich dann rote Blutkörperchen und Zylinder vorfinden können. Hydronephrose entsteht durch Stauung des Urins, das Hindernis für den Abfluß kann kongenital sein (Knickung des Ureters usw.), der Urin bleibt fast nie lange klar, meist entsteht sehr schnell eine infizierte Hydronephrose; dieselbe ruft Koliken und Blutungen hervor und eventuell einen palpablen Tumor von wechselnder Größe. Diagnose läßt sich durch Palpation, Ureterenkatheterismus und Röntgenbild nach Kollargolfüllung des Nierenbeckens und des Ureters stellen. Kleine, aseptische Hydronephrosen läßt man unbehandelt, größere kann man durch den Ureterenkatheter zu entleeren versuchen (bei infiziertem Inhalt eventuell Spülungen). Wenn kein Erfolg, dann ebenso wie bei großen infizierten: Operationen, und zwar am besten unter Schonung der Niere. Beseitigung des Abflußhindernisses, bei infiziertem Urin wird Nephrotomie, eventuell Nephrektomie nötig sein. Die Nierentuberkulose ist fast stets primär, oft der erste nachweisbare Herd

Digitized by Google

im Körper. Die Beschwerden sind meist von seiten der Blase (blutiger, eitriger Urin, vermehrte, sehr schmerzhafte Miktion). Nierenschmerzen nur selten. Diagnose oft nur durch Tierversuch zu stellen. Therapeutisch ist die Nephrektomie so früh als möglich am besten, Tuberkulinkuren können die Operation nicht ersetzen. Die Operation ist kontraindiziert, 1. wenn bereits die zweite Niere tuberkulös erkrankt ist, 2. bei fortgeschrittener Lungentuberkulose und 3. bei vielfachen anderen tuberkulösen Herden. Die Nephritis der zweiten Niere ist keine Kontraindikation, da dieselbe oft toxisch ist und nach Entfernung der tuberkulösen Niere zurückgeht. Quasi im Anhange bespricht Portner noch folgende Kapitel: 1. Ureterensteine, das sind auf der Wanderung nach abwärts steckengebliebene Nierensteine mit unbestimmten Symptomen: dauernde Beschwerden im Unterleib, Darmstörungen, kolikartige Schmerzen in der Ureterengegend. Für die Diagnose ist wichtig das Röntgenbild, die mikroskopische Urinuntersuchung und Zystoskopie. Man versucht durch den Katheter den Stein zu lockern oder das Instrument über denselben hinweg vorzuschieben und 50 ccm steriles warmes Wasser, dann 5—10 ccm steriles Öl einzuspritzen; sitzt der Stein am unteren Ende des Ureters, so gelingt es bisweilen, ihn mit der Zange zu fassen. Innerlich Glyzerin und Atropin, und zwar zweimal täglich eine Injektion von 0,0005 Atropin. Sehr viel trinken lassen, Operation nur bei dauernden Beschwerden, bei wiederholten starken Blutungen, bei Anurie, bei Stauung oder Infektion in der zugehörigen Niere. Die Erfolge der Ureterolithotomie sind gut. Die Anurie, d. h. das Versiegen der Harnsekretion, ist eine Folge von Herzschwäche, Hysterie oder Nierenerkrankungen (besonders Nephritis und Nephrolithiasis, die letztere infolge von Einklemmungen). Die Therapie richtet sich nach der Ätiologie bzw. Diagnose; für diese müssen Röntgenbilder von beiden Nieren aufgenommen werden. Bei vorhandenen Steinschatten Entfernung der Steine wie oben erwähnt, auch heiße Getränke und Theophylinsuppositorien (Theophylin. natrioacetici 0,2 Butyr. cac. 2,0 M. f. supp.), viermal täglich ein Stück. Setzt die Urinsekretion nicht ein, dann nach spätestens 48 Stunden (bei schlechtem Allgemeinbefinden früher) Nephrotomie der besseren, d. h. zuletzt erkrankten Niere; diese kann durch die Entspannung selbst, wenn kein Stein vorhanden ist, Heilung bringen. Zeigt sich bei der Operation der Ureter nicht durchgängig, dann Ureterotomie. Dauert die Anurie dann noch fort, und es ist möglich, am nächsten Tage Spaltung der anderen Niere. Bei Anurie infolge von Nephritis: Diuretika. Den Schlußabschnitt bildet die polyzystische Degeneration der Nieren, eine seltene, aber wichtige Erkrankung. Meist kongenitale Anlage, derzufolge sich gewöhnlich um beide Nieren eine große Anzahl von Zysten bildet, die die Nieren zu einem großen, buckligen Tumor umwandeln. Tod durch Urämie. Symptome die einer Schrumpfniere, da das normale Nierengewebe allmählich zugrunde geht. Diagnose durch Palpation und funktionelle Untersuchung. Behandlung wie bei Schrumpfniere: Nierenreize verbieten, Flüssigkeitszufuhr einschränken, keine Operation. O. Lasch-Breslau.

Über die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten, von Th. Janowsky-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 6/7.) In einer sehr dankenswerten Weise bespricht Janowsky die verschiedenen Methoden, die uns Aufklärung darüber geben können, wieweit die Nieren ihren Funktionen nachzukommen imstande sind, resp. wieweit sie durch pathologische Veränderungen darin beeinträchtigt werden. Trotz der immensen Wichtigkeit der Frage ist die methodische Bearbeitung derselben noch eine relativ junge. Der Verfasser legt an jede einzelne Methode die kritische Sonde an und kommt zu dem Gesamtresultat, daß dieselben trotz ihres unabweisbaren Bedürfnisses noch recht unvollkommen sind. O. Lasch-Breslau.

Eine neue Methode zur Prüfung der Nierenfunktion mittels Bestimmung der Ausscheidung innerlich gegebenen Harnstoffs, G. W. Mc Caskey-Fort Wayne,

Digitized by Google

Ind. (M. Record, 21. März 1914.) Die größere oder geringere Ausscheidung verbrauchter Stoffwechselprodukte ist ein gewisser Maßstab für die Tätigkeit der Nieren; doch steht die Ausscheidung der in Betracht kommenden Stoffe, Harnstoff, Salze und Wasser, nicht in Parallele. Darum ist auch die bekannte und in mancher Hinsicht sehr wertvolle Phenolsulfonaphtaleinprobe nicht imstande zu differenzieren und anzugeben, für welche Stoffe und in welchem Maße die Funktion der Niere eventuell herabgesetzt ist. Am besten geschieht dies durch Überladung des Kreislaufs mit den verschiedenen Substanzen und der Bestimmung ihrer Ausscheidung in bestimmten Zeitperioden. Die Durchgängigkeit der Nieren für Harnstoff kann nach Verfasser ziemlich genau festgestellt werden, wenn innerlich 30 g Harnstoff gegeben und danach alle zwei Stunden Harnportionen entleert und quantitativ untersucht werden. Verfasser gibt genaue Tabellen seiner einschlägigen Versuche an Gesunden und Kranken. W. Lehmann-Stettin.

Angeborene Mißbildungen der Nieren und der Harnwege, von K. Motzfeldt. (Norsk Magazin f. Lægevidenskaben, 1914, Nr. 7.) Unter 4500 Sektionen wurden 79 Fälle dieser Mißbildung gefunden: Aplasia 10, Hypoplasia 11, Hufeisenniere 9, Dystopia 5, Hydronephrose 21, doppelter Ureter 23 (zu niedrig; nachdem in den drei letzten Jahren danach gesucht wurde, wurden 12 Fälle unter 972 Sektionen gefunden, also ca. 1,2%). Die Häufigkeit der Mißbildungen der Nieren usw. kann auf ca. 2% veranschlagt werden. Einzelniere kommt wahrscheinlich häufiger vor, als bisher angenommen. Hypoplasie ist am häufigsten bei Weibern festgestellt. Bei Hufeisenniere ist Herzhypertrophie nicht erwiesen. Ureteranomalien mit daraus folgender Hydronephrose spielen als Krankheitsursache die größte Rolle. Diese Zustände sind sehr häufig und kommen vorzugsweise bei Männern und auf der linken Seite vor. Mißbildungen des Zentralnervensystems sind bei keinem der referierten Fälle wahrgenommen worden. Doppelureter ist die am häufigsten vorkommende Anomalie, hat aber praktisch nur eine geringe Bedeutung. Gleichzeitiges Vorkommen anderer Mißbildungen ist sehr selten (nur 9 Fälle) und daher ein schlechter Anhalt für die Diagnose. Maligne Geschwülste und Tuberkulose kommen sehr selten vor. W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Nach Blaschko („Kann uns die Lepra in den russischen Ostseeprovinzen gefährlich werden?“ D. m. W., Nr. 23, 3. Juni 1915) gibt es zurzeit Leprosorien in Kurland: in Talsen, Tuckum, Bauske und Erwahlen; in Livland: in Dreilingsbusch bei Riga, Wenden, Muhli bei Dorpat, Tarwast und in Nennal am Peipussee.

Prof. Arthur Pappenheim und Sanitätsrat Dr. Otto Mankiewicz in Berlin haben das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Der Assistent der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Wien, Dr. Leopold Arzt, Oberarzt d. R. und Kommandant des Epidemiespitales Nr. I hat das Ritterkreuz des Franz Josef-Ordens am Bande des Militärverdienstkreuzes erhalten.

Sir William Richard Gowers, konsultierender Arzt am University College Hospital und am National Hospital for the Paralysed and Epileptic in London, der berühmte Neurologe, ist gestorben. Von ihm stammen zahlreiche wertvolle Beiträge zur Kenntnis der Syphilis des Nervensystems.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abderhaldensche Reaktion b. Prostatikern, Colombino 565.
— Technik b. d. Diagnose d. Syphilis, Varney u. Morse 578.
Abortive Bhdlg. s. Blennorrhoe, Erysipel.
Abszeß dch. e. tier. Parasiten, Manthey 430.
Addisonsche Krankheit n. Trauma, Riemann 397.
— — Basedowsche und, Rössle 397.
Addisonscher Krankheit. Opotherapie bei, Zúriga 397.
Adenom s. Prostata, Schweißdrüsenadenom.
Adenome. Histogenese der Nabel-, Waegeler 380.
Adenophlegmone der Submaxillargegend, Azúa 504.
*Adrenalin u. Pituitrin. Empfindlichkeit d. Haut für, Josefson 413.
Affen. Übertragg. e. Leproms a. e. niederen, Verrotti 214.
Akanthosis nigricans, Klein 397, Dubois-Havenith 397.
— — m. Pulmonalkrebs. Klin. u. histol. Studium der, Petrini 266.
Akariasis felina b. Menschen, Barbaglia 214.
Akne. Bhdlg. der, Sibley 269.
— — — juvenilen, Moberg 79.
— Biokinet. Methode bei Gesichts-, Jourdanet 255.
Aknitis-Typus. Tuberkulide vom, Müllern-Aspegren 77.
Akromegalie. Röntgenstrahlen bei, Gunsett 379.
Aktinomykose d. Nackens u. Gesichts, Poncet 326.
— Atypische, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 327.
— Röntgenstrahlen bei, Sardemann 327.
Albinismus a. d. Philippinen, Heiser u. Villafranca 437.
— Klin. Beobachtgn. über, Ebstein u. Günther 438.
Aleucaemica s. Lymphadenomatosis.
Alopezien b. Kinde. Klinische Diagnose der, Burnier 422.
Alopezia areata, Riecke 395, Przezdziecki 423.
— — dch. Nervenchok, Alderson 384.
— atrophicans. Anfangsstadium der, Dreuw 422.
— — b. Kindern, Joseph 422.
— totalis. Radiotherapie der, Thedering 422.
Ambozeptoren. Absorption d. hämolytischen 52.
American Dermatological Association 232.
Amylum tritici 360.
Anästhesierung auf endovenösem Wege, Honau u. Hassler 512.
Analekzems. Bhdlg. des, Moberg 72.
Angiokeratoma circumscriptum am linken Oberschenkel, Fabry 416.
Angiome. Bhdlg. der Gesichts-, Morestin 382.
Angioma palpebrae, van Lint 382.
Angiosarkom s. Hautangiosarkom.
Anthrakosis, Riecke 395.
— s. Schieferanthrakosis.
Antiprurit 427.
*Antigonorrhoikum. Thigan, ein neues, Chrzelitzer 305.
Anurie s. Steinanurie.
*Appell an die Herren Kollegen. Patriotischer, Halle 361.
Araneidismus, Sommer u. Greco 219.
Argyrie nach Kollargol, Crispin 428.
Arsen. Zirzinärer Lichen Wilson, resistent gegen, Covisa 504.
Arsenkeratosen u. -pigmentation, Alderson 384.
Arsenpigmentation u. -keratosen, Alderson 384.
Arsenikkrebs, Nutt, Beattie u. Pye-Smith 358.
Atoxyl u. Strahlentherapie. Scheinb. Erfolg b. e. Krebsgeschwulst durch, Blumenthal 360.
Aufritt. Furunkulin b. Furunkel und, Gáldonyi 303.
Augenblennorrhoe, Petzoldt 304.
Aurum-Kalium cyanatum 217, 371, 416.
— — — i. d. Dermatologie, Covisa 371.

Digitized by Google

Balanitis simplex, e. Sklerose vortäuschend, Riecke 395.
Bartes. Entfernung des Frauen-, Unna 431.
Basedow. Hautpigmentation bei, Sainton 396.
— Addison und, Rössle 397.
Behaarung m. heterolog. Pubertas praecox b. e. 3jähr. Mädchen. Allgemeine, Herzog 440.
Berichtigung 256.
*Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen. Im, Ebstein 569.
Bestrahlung. Prostatafunktion u. Bhdlg. d. Prostatahypertrophie dch. indirekte, Jakobsohn 583.
β-Strahlen 333.
Beule s. Jerichobeule.
Biokinetische Methode b. Gesichtsakne, Jourdanet 255.
Blase. Rückenmarkslokalisationen i. d. Pathologie der Niere und, Strominger 83.
— b. Retroflexio uteri. Intermitt. Reiz-, Teleky 30.
— Erkrankgn. der, Portner 470.
— dch. die Urethra. Entfernung e. russischen Maschinengewehrkugel aus der, Zondek 483.
— Chirurgie der Sanduhr-, Squier 511.
— nach suprapub. Operation. Dränage der, Chetwood 526.
— s. auch Harnblase.
Blasendivertikel. Wahres laterales, Ghezzi 487.
Blasenfisteln. Zystoskopie bei, Kubinyi 487.
Blasengeschwülste. Koagulationsbhdlg. der, Rubritius 485.
Blasengrundes m. Metallkatheter u. Radiographie. Messung u. Projektion d. hint. Teiles d. Harnröhre u. des, Pedersen u. Darling 463.
— Diathermie b. malignem Gewächs des, Iredell u. Thompson 486.
Blasennaht. Sectio alta und ein neues Verfahren für, Francisco 526.
Blasennarben dch. Fulguration. Besserung von, Bangs 488.
Blasenneubildungen. Hochfrequenzströme bei, Pedersen 484.
— Instrument z. Applikation v. Radium auf, Ayres 486.
Blasen-Prostata-Perinealfistel. Doppelter Ureterkatheterismus bei, Cifuentes 373.
Blasensteinen. Hypogastr. Schnitt bei, Negrete 484.
Blasensteinzertrümmerung. Spontane, Schaller 483.
Blasentuberkulose im Beginne. Diagnose u. Bhdlg. d. Nieren- und, Wildbolz 84.
— Exclusio vesicae b. schwerer, Key 486.
— Maximale narbige Retraktion bei, Perrier 487.
Blasentumoren, Swan 484.
— Diagnose u. Therapie der, Young 484.
— Moderne Bhdlg. der, Pascual 485.
— Operative Bhdlg. der, Hildebrand 485.
— Hochfrequenzströme bei, Renner 485.
Blasenvarizen. Hämaturie durch, Dialti 487.
Blastomykose u. Tuberculosis verrucosa cutis. Ähnlichkeit von, Irvine 271.
— s. auch Hautblastomykose.
Blastomycosis americana 265.
Blennorrhagie. Syphilit. Schanker der Harnröhre und, Brault u. Montpellier 372.
— d. vord. Harnröhre. Bhdlg. der akuten, Azúa 81.
— Uranoblen bei, Mañueco 216.
— Vakzinotherapie u. Serotherapie der, Tanton u. Grenier 82.
— s. auch Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhagischen Komplikationen. Meningokokkenserum bei, Cealic 373.
Blennorrhoe, Strachstein 273.
— Kongenit. Phimose u. akute, Riecke 394.
— b. Prostituierten. Heilbarkeit der, Schlasberg 73.
— e. Paraurethralganges. Isolierte, Marcus 73.
— Serodiagnose der, Jones u. Simons 275.
— Urethroskopie bei chronischer, Steiner 272.
— b. Manne. Lokale Bhdlg. der, Heinemann 505.
— d. Urethra duplex. Bhdlg. der, Karvonen 73.
— Abortive Bhdlg. der, Jersild 73.
— m. Diathermie. Elektroden z. Bhdlg. der, Boerner u. Santos 457.
— Vakzineanwendung bei, Rost 416.
— Vakzine b. Komplikat. der, Seay 273.
— n. Injekt. v. Gonokokkenvakzine. Rückfall einer akuten, Mason 272.
— s. Augen-, Rektalblennorrhoe. Blennorrhagie, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blitzschlagverletzung, Rille 304.
Blutharnen. Bestimmung des Ursprungs des, Martin 274.
Bolus-Biozyme b. Fluor albus, Meyer 296.

Digitized by Google

Brief aus London, Crackett 510.
Bromeruption, Irvine 203.
Bubo. Röntgenstrahlen bei, Wittig 325.
Bubonen. Methylenblau-Silber bei vereiterten, Saphier u. Zumbusch 325.

Chalarose 279.
Choleragangrän. Typhus -und, Welcker 321.
Cholinwirkung. Experim. Btrge. zur, Ritter u. Allmann 377.
Creeping disease, Sommer u. Gréco 221.

Dampf bei Karbunkel. Wasser-, Gucciardello 303.
Darier. Morbus, Oppenheim 334.
Delbetsche Operation, Kostlivý 425.
Dermatitis dch. Perubalsam. Generalisierte akute, Riecke 395.
— atrophicans 423.
— — progress. chron. diffusa, Moberg 77.
— desquamativa maligna u. sept. Agentien. Psoriasis, Zappalà 370.
— exfoliativa, Miller 202.
— — b. e. Geisteskranken, Alexander 255.
— herpetiformis, Almkvist 74, Cebrián 523.
— papillaris nuchae, Riecke 395.
— parakeratotica parasit. Ursprungs, Ibarguren 221.
Dermatite polymorphe douloureuse aigue recidivante, Moberg 78.
Dermatologische Gesellschaft. Dänische, 88.
— — Wiener, 88.
Dermatologischer Verein. Nordischer, 360.
Dermatomykosen, Malinowski 279.
Dermatosen s. Strichförmige D., Soldatendermatosen.
Dermographismus, Riecke 394 (Bis), 395.
Dermoide u. kongenit. Epidermoide. Ätiologie u. Klinik der, Cederbaum 438.
— s. Samenstrang.
Dermoidzyste d. Leistengegend, Champel 439.
Desinfektion, Sterilisation, Konservierung, Solbrig 540.
— s. Hautdesinfektion.
Desquamation d. Neugeborenen. Großblättrige, d'Ovidio 221.
Diabetes. Xanthochromia palmo-plantaris bei, Labbé 425.
Diabetisch s. Furunkulose.
Diagnose. Fall zur, 75, Almkvist 74, Strandberg 75 (Bis), Afzelius 76, Schlasberg 77, Sederholm 78.
Diathermie u. Elektrokoagulation in der Urologie, Wossidlo 447.
— b. Blennorrhoe, Boerner u. Santos 457.
— b. malignem Gewächs d. Blasengrundes, Iredell u. Thompson 486.
Diphtherie s. Hautdiphtherie.
Diplokokkenvakzine b. Gonokokkie bd. Geschlechter. Polyvalente, Pérez-Grande 30.
Dirnenwesen i. d. Heeren u. seine Bekämpfung, Haberling 30.
Divertikel s. Blasendivertikel.
Dracunculosis medinensis, Cammermeyer 429.
Dyskeratoma naevicum, Bellini 214.
Dystrophia adioposo-genitalis, Sandved 442.

Eisentinktur i. d. Dermatologie. Lokale Anwendg. von, Seeliger 185.
Ekthyma b. Malaria, Chimisso 330.
Ekzem. Bläschen-, Lutembacher 250.
— Impetiginöses, Riecke 395.
— m. psych. Ätiologie. Akutes, Heise 250.
— u. innere Erkrankungen, Hirschberg 250.
— b. Karzinom d. Mamma, Dietrich 402.
— Kinder-, Ochs 251.
— u. Neurodermitis im Kindesalter, Lehnert 250.
— Ferrum sesquichlorat. b. subakut. u. chron. nässendem, Csillag 251.
— Kadogel bei, Bulyoloszky u. Mattyasovszky 252.
— d. Hände. Röntgenstrahlen bei, Wise 255.
— Steinkohlenteer bei, Plicque 252.
— s. Anal-, Formalinekzem.
Ekzems. Prophylaxe u. Bhdlg. des, Jamieson 251.
— Bhdlg. des akuten, Gougerot 251, Šamberger 252.
— Bhdlg. des Kinder-, Joseph 251.
— Röntgenbhdlg. des, Ritter 253, Fisher 254.
— — — chronischen, Thedering 254.
Ekzema seborrhoicum, Riecke 395.
Ekzematösem Pruritus. Radiotherapie bei post-, Ratera 82.
Ekzemtypen u. Bhdlgsarten, Pautrier 249.
Elefantiasis, Campbell 509.
— in Samoa, Leber u. Prowazek 379.
— d. unt. Extremität. Angeborene, Zaccarini 214.
— neuromatosa, Carmichael 439.

Digitized by Google

Elefantiasis nach Lymphangitis postdysenterica, Marcovici 440.
— penis. Dränage m. implant. Venenstücken bei, Janssen 462.
— d. Armes. Lymphangioplastik b. angeborener, Meyer 439.
— s. Pseudoelefantiasis.
Elektrokoagulation u. Diathermie in der Urologie, Wossidlo 447.
Elektrolyse b. Rhinophyma, Bordier 326 (Bis).
Endoskopische Bhdlg. von nächtl. Pollutionen, Randall 541.
— Instrumente. Tragbare Lichtquelle für, Carraro 39.
*Sophus Engelsted †, Rille 366.
Enuresis u. Spina bifida occulta, Scharnke 444.
— nocturna b. Erwachsenen. Röntgenolog. u. zystoskop. Befunde bei, Trembur 444.
— — infantilis. Bhdlg. der essentiellen, Philippart 444.
Enzephaloide Kopfhaut, Jonquières 221.
Epidermoide. Ätiologie u. Klinik der Dermoide und kongenitalen, Cederbaum 438.
Epididymitis b. Prostatektomie, Lockwood 507.
— s. Orchiepididymitis.
Epididymotomie, Knight-Stapleton 548.
Epilation dch. Röntgenstrahlen ohne Schädigung d. Haut. Dauernde, Chilaiditi 432.
— s. Radioepilation.
Epitheliom. Protoplasmafasern beim, Arnold 353.
— d. Lider, Fisher 403.
— d. Unterlippe b. eingeborenen Frauen, Brault 354.
— i. e. alten Lupus erythematosus, Schaumann 73.
— m. Radium geheilt, Covisa 217.
— Radium b. Nasen-, Nogier 354.
— s. Hautepitheliom.
Epithelioms. Bhdlg. des, Ravogli 353.
Epithelioma contagiosum d. Tauben, Sanfelice 396.
Ergebnisse a. d. Gebiete d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Praktische, Jesionek 242.
Erysipel kontra Nephritis, Glaser 328.
— Anämisches, Czyhlarz 328.
— Nekrose d. Skrotums dch. chem. Reizung mit, Zeher 505.
— Ammoniumkarbonat innerlich bei, Aja 217.
— Antidiphtherieserum bei, Polák 329.
— Jodtinktur bei, Parisi 329.
— Kälte bei, Nyström 329.
Erysipels. Bhdlg. des, Arneth 328, Berglund 329, Ammitzböll 329.
Erysipelas staphylococcicum, Reiche 328.
Erysipelbehandlung. Abortive, Kumaris 329.
*Erythema induratum Bazin, Bosellini 41.
— infectiosum, Heisler 301.
— mycoticum infantile, Beck 301.
— multiforme. Endemie von, Polland 416.
Eunuchoidismus, Sänger 440.

Fadenpilzerkrankungen des Menschen, Stein 275.
Favus u. Herpes tonsurans der Fingernägel, Foster 299.
Favosa s. Onychomykosis.
Feldarztes. Taschenbuch des, 319.
Fibröse Hautknoten. Sifilodermi nodulogumm. wie polymorphe, Campana 215.
Fibrome d. Frau. Ätiologie, Diagnose, Prognose u. Therapie d. Bauchdecken-, Andersch 382.
Figueira. Brasilianische, Rudolph 323.
Finsentherapie b. Lupus tuberculosus, Azúa 504.
Fistel s. Blasenfistel.
Fluor albus. Bolus-Biozyme bei, Meyer 296.
Formalinekzems. Bhdlg. des, Thilo 251.
*Alfred Fournier †, Petrini 368.
Framboësie. Intramuskuläre Salvarsaninjektionen bei, Cockin 323.
— b. Neger, Späterscheinungen der, Lurz 324.
Fremdkörper s. Harnröhre.
*Fremdkörpertumor b. e. Melker dch. Kuhhaare, Lauener 529, 556.
Frostschaden. Symmetr. Gangrän im Balkankriege kein, Welcker 321.
Fulguration. Besserung v. Blasennarben durch, Bangs 488.
Furunkel u. Aufritt. Furunkulin bei, Gáldonyi 303.
Furunkelbehandlung. Technik der, Fried 304.
Furunkulin 303.
Furunkulose. Alkalisierung der Gewebe b. diabetischer, Brunner 424.
— Jodtinktur-Ichthyol bei, Berger 303.
— im Säuglingsalter. Thermokauter bei, Schubert 303.
— d. Haut. Vakzinetherapie der chronischen, Messerschmidt 303.
— Autovakzinen bei, Willmes 303.
Fußsohlen s. Keratoma.

Galeodismus 220.
γ-Strahlen 333.

Digitized by Google

Gangrän im Balkankriege kein Frostschaden. Die Symmetrische, Welcker 321.
— d. Genitalien. Spontan-, Pujol 442.
— Primäre infektiöse Purpura mit, Covisa 504.
— s. Cholera-, Gas-, Nosokomial-, Scheiden-, Typhusgangrän.
Gangränös s. Ulkus.
Gasgangrän, Fraenkel 332.
Gasphlegmonen, Franke 332.
Gemüseschälern. Perionychie bei, Peyri 217.
Genitalien. Spontangangrän der, Pujol 442.
— inf. Hypernephrom. Vorzeitiges Wachstum der äußeren, Jump, Beates u. Babcock 441, Baldwin 525.
*Genitalgegend. Monströser Tumor der, Grisson u. Delbanco 89.
Genitalorgane. Tbc. der kindlichen, Lyons 445.
Genitalsystems. Tbc. des männlichen, Simmonds 445.
Genitaltuberkulose. Operative Bhdlg. der, Cabot u. Barney 446.
Geroderma genito-dystrophicum, Fragola 425.
Geschlechtskrankheiten s. Lehrbuch, Ergebnisse, Venerische Krankheiten.
— Prostitution und, Gimenez 221.
— Prophylaxe der, 40.
*— Bekämpfung der Verbreitg. der, Düring 575.
— Ziele u. Aufgaben b. d. Bekämpfg. der, Richter 297.
— a. d. Welt? Wie schafft man die, Bachmann 184.
— Ausschußsitzung der D. Ges. z. Bekämpfg. der, 550.
— im Kriege. Haut- und, Blumenfeld 208.
— u. Krieg, Finger 192.
— im Felde. Verhütung der, Lesser 112, Buschke 528.
— — — Prophylaxe u. Therapie der, Scharff 192.
— — — Bekämpfg. der, Bruck 408.
— — — Bedeutg. u. Bhdlg. der, Lenzmann 408.
Geschlechtsorgane. Riesenwuchs m. Atrophie der, Brind 442.
Geschwür s. Unterschenkelgeschwür.
Geschwülste. Ätiologie u. Diagnose der bösartigen, Weichselbaum 332.
— Bhdlg. der, Simon 223.
— Radiotherapie der bösartigen, Kienböck 399.
— Radiumtherapie bösartiger, Schlesinger 334.
Geschwülste. Strahlentherapie der, Keetmann 333.
— s. Xanthomathöse G., Blasen-, Harnblasengeschwülste, Samenstrang, Gewächs, Neugebilde, Tumor.
Gesicht s. Akne, Aktinomykose, Angiom, Karzinom, Ödema.
Gewächs d. Blasengrundes. Diathermie b. malignem, Iredell u. Thompson 486.
— d. Harnblase. Weiches, Ballenger u. Elder 526.
— s. Geschwülste, Neugebilde, Tumor, Hautgewächs.
Gilchristsche Krankheit u. Hefeinfektionen in Europa, Stein 265.
Glans penis s. Lichen planus.
Glossitis exfoliativa zu tun? Hat der Schnuller etwas mit, Wodak 256.
Gonargin, Marcus 73.
Gonokokkenabszeß am l. Oberarm, Reenstierna 265.
Gonokokkenvakzine. Rückfall einer akuten Blennorrhoe n. Injekt. von, Mason 272.
Gonokokkie d. bd. Geschlechter. Polyvalente Diplokokkenvakzine bei, Pérez-Grande 30.
*Gonorrhoe. Ammoniumpersulfat bei, Schumacher 169.
— Chron. Prostatitis infolge, Hoffmann 508.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Tripper, Urethritis.
Granuloma fungoides, Wohl 328.
Greisenalters u. d. Karzinoms. Wesen des, Gilford 355.
Gundu in Neuguinea, Wick 379.

Haarbildung. Dissoziation in der, Sicard u. Reilly 430.
Haarsubstanz. Übergang v. Hg in die, Strzyzowski 384.
Hämaturie, Wettstein 161.
— dch. Blasenvarizen, Dialti 487.
Hämorrhoiden. Therapie der, Seemann 405.
Hämorrhoidalleidens. Therapie des, Jüngerich 405.
Hand s. Ekzem, Krebs, Lupus papillomatosus, Sklerodermie.
Handteller s. Keratoma.
Harnantiseptikum. Neues, Rankin 458.
Harnapparates. Ungewöhnl. Tbc. des, Israel 446.
Harnblase. Divertikel der, Lower 526.
— u. Versorgg. d. Ureteren. Totalexstirpation der, Cohn 511.
— Weiches Gewächs der, Ballenger u. Elder 526.

Digitized by Google

Harnblase. Malakoplakie der, Wetzel 510.
— d. Weibes. Seltener Parasit der, Bauereisen 482.
— s. auch Blase.
Harnblasenemphysem, Nowicki 488.
Harnblasengeschwülste, Hilsmann 484.
Harnblasenruptur. Subkutane, Doberauer 511.
— Traumatische, Torre 512.
— Spontane, Moser 512.
Harnblasenrupturen. Pathologische, Block 511.
Harnblasenspalte. Heilung der angeborenen Harnröhren- und, Dünkeloh 487.
Harnleiden. Aufenthaltsort und, Grünschild 525.
Harnorgane. Röntgenuntersuchung der, Cohn 443.
Harnröhre u. d. Blasengrundes m. Metallkatheter u. Radiographie. Messung u. Projektion d. hinteren Teiles der, Pedersen u. Darling 463.
— Fremdkörper in der, Portner 466.
Harnröhrenentzündungen b. akuter Tonsillitis. Nichtspezifische, Hagin 185.
Harnröhrenkarunkel. Hochfrequenzkautherisation der, Wiener 465.
Harnröhrenkonkrement. Ungewöhnl. großes, Walker 466.
Harnröhrenruptur. Bhdlg. der traumatischen, Cumston 469.
— Ableitg. d. Urins unter d. Schambogen bei, Carlier u. Gérard 469.
Harnröhrensonden. Empfehlung gerader, Ross 271.
Harnröhrenspalte. Heilg. der angeborenen Harnblasen- und, Dünkeloh 487.
Harnröhrenstriktur. Bhdlg. der, Morison 466.
— d. P. prost. urethrae. Kongenitale, Jordan 467.
Harnröhrenstrikturen d. Mannes, Mc Carthy 183.
— Moderne Technik bei, Chetwood 467.
Harnröhrensymptome dch. e. Mastdarmpolypen. Prostata- und, Pedersen 442.
Harnröhrenverletzungen, Morison 466.
Harnsteine. Organ. Gerüst der, Pfister 457.
Harnsteinen. Röntgenstrahlen b. d. Diagnose von, Tyler 273.
Harnstoffsekretionskonstante 566.
Harnwege. Wichtigkeit v. Pankreaserkrankungen in der Chirurgie der, Frank 372.
— Myiasis der, King 527.
— Angeborene Mißbildgn. d. Nieren und, Motzfeldt 592.
Harnwegen. Hyperämiebhdlg. b. entzündl. infiltrativen Erkrankungsprozessen in den, Frank 447.
Hausinfektionen. Bekämpfung der, Lippmann 320.
Hautangiosarkome b. e. Kamerunneger. Multiple, Hallenberger 335.
Hautatrophie. Idiopathische, Irvine 423.
— Ätiologie der idiopathischen, Oppenheim 423.
Hautblastomykose, Dalla Favera 213, Kehl 322.
— in Wien, Oppenheim 321.
Hautdegeneration s. Kolloide H.
Hautdesinfektion m. Sterolin bzw. Jod-Sterolin, Frank 144.
Hautdiphtherie. Ungewöhnliche, Knowles u. Frescoln 324.
Hautepitheliome. Diagnostik der Varietäten der, Peyri 402.
— m. Einzel- oder Massivdosen. Radiumtherapie der, Clark 402.
— dch. Sonnenlicht geheilt, Seelye 354.
Hautepitheliomen. Äthylchlorid bei, Seidelin 353.
Hautepithelioms. Rolle d. Lichtes i. d. Ätiologie des, Dubreuilh 354.
Hautgewächsen. Krebsige Prozesse an benignen, Sutton 377.
Hautkrankheiten s. Lehrbuch, Ergebnisse.
— f. d. Krieg. Bedeutg. der, Pinkus 167.
— im Kriege. Geschlechts- und, Blumenfeld 208.
— — — Weidenfeld u. Pulay 471.
Hautkrebses. Röntgenbhdlg. des, Nordentoft 401.
— m. Salizylsäure. Heilung des, Weinbrenner 376.
Hautleiomyome. Multiple, Abramson 380.
Hautleishmaniose. Komplementablenkung bei, Pavone 321.
— in Unteritalien. Schleimhaut- und, La Cava 321.
Hautleukämie, Marini 264.
Hautpigmentation b. Basedow, Sainton 396.
Hautreaktionen. Pruritus und, Brocq 425.
Hautsarkomatose. Multiple idiopathische, Azúa 336.
Hautsporotrichose, Ragusin u. Barilatti 222, Segrè 370.
Hauttransplantate. Günstiger Einfluß der Röntgenstrahlen auf, Quintarelli 501.
Hauttuberkulose im Kindesalter. Akute disseminierte, Bruusgaard 73.
— Aurum-Kal. cyanat. bei, Aja 217.

Digitized by Google

Hauttumoren. Bhdlg. der malignen, Sequeira 399.
Hautxanthom. Sehnen- und, Hoessli 383.
Hefeinfektionen in Europa. Gilchristsche Krankheit und, Stein 265.
Heilkunde. Spekulation u. Mystik in der, Müller 525.
Herpes progenitalis b. Manne, Aronstam 270.
— tonsurans. Therapie des, Thedering 298.
— — d. Fingernägel. Favus und, Foster 299.
Herpetische Stomatitis dch. Pneumokokken, Weill u. Dufourt 278.
Hetralin b. Infekt. d. Urogenitalapparates, Drucker 458.
Hexal, Schnizer 458.
Hirsutismus 440.
Hochfrequenzkautherisation d. Harnröhrenkarunkel, Wiener 465.
Hochfrequenzströme b. Blasenneubildungen, Pedersen 484, Renner 485.
— geheilt. Morphoea durch, Peyri u. San Ricart 423.
— b. prostatischer Obstruktion, Bugbee 583.
Hoden. Einwirkg. des Jods auf die, Majerus 543.
— u. Prostata. Wechselbeziehgn. zwischen, Hada u. Götzl 564.
Hodens. Operat. Bhdlg. des Leisten-, Hanusa 544.
— Bhdlg. des retinierten, Corner 545.
— Transplantation des, Lespinasse 545.
— n. Entferng. d. Tunica vagin. u. albuginea. Schicksal des, Hanaoka 545.
Hodeneinklemmung, Flesch 544.
Hodenneuralgie, Luce 546.
Hodentuberkulose, Goodman 546, Pedersen 546.
Hodenveränderungen b. akut. u. chron. Infektionskrankheiten d. Kindesalters, Faragó 543.
Hodgkinsche Krankheit 264.
*Höllensteins. Wirkung des, Unna 20, 46.
Holzphlegmone des Halses, Parker 330.
Homosexualität. Gerichtl. Medizin und, Näcke 440.
Hydroa vacciniforme, Alderson 384.
Hydronephrose. Kenntnis u. Therapie der, Simon 29.
Hydrozele. Karbolinjektionen bei, Herbst 549.
Hygiene d. Haut u. behaarten Kopfhaut i. d. Schule, Uriburu 222.
Hyperämiebehandlung 447.
Hyperkeratose. Röntgenstrahlen bei, Scaduto 255.
— a. d. Haut e. Mammakarzinoms, Radvánszky 357.
Hypernephrom. Vorzeitiges Wachstum d. äußeren Genitalien infolge, Jump, Beates u. Babcock 441, Baldwin 525.
Hypertrichosis b. Frauen, Claiborne 431.
— Röntgenstrahlen bei, Chilaiditi 431.
Hysterische Dermatose, Rasch 418.

Ichthyosis simplex et nitida, Riecke 395.
Impetigo staphylogenes m. bes. Lokalisation, Šrámek 277.
— Bhdlg. der, Aja 503.
Impotenz. Bhdlg. der sexuellen, Lissmann 527.
Infektionskrankheiten d. Kindesalters. Hodenveränderngn. b. akuten u. chronischen, Faragó 543.
Innersekretorischen Organe. Mangelhafte Funktion der, Starkey 271.
Insolation, Dubreuilh 223.
Intravesikale Verwendg. v. Radium b. Karzinom, Schoenenberger u. Schapira 486.

*Eduard Jacobi †, Taege 158.
Jerichobeule. Neuartige Parasitenbefunde bei der, Huntemüller 322.
Jods auf die Hoden. Einwirkg. des, Majerus 543.
Joddämpfe b. Zystitis, Pascual 470.
Jodtinktur b. Erysipel, Parisi 329.
Jodtinkturdesinfektion, Heinemann 528.

Kadogel 252.
Kälte b. Erysipel, Nyström 329.
Kalomel. Netzhautblutungen nach Salvarsan-, Morpurgo 228.
Kalziumlaktat b. gew. Dermatosen, White 579.
Kaninchen. Mäusekarzinomimpfungen auf, Apolant u. Bierbaum 356.
Kankroid aus angeborener Anlage, Heusner 355.
— d. behaarten Kopfhaut, eine Zystis sebacea vortäuschend, Zannini 439.
Karbunkel. Wasserdampf bei, Gucciardello 303.
Karzinom. Gesichts-, Maxson 357.
— Hyperkeratose a. d. Haut e. Mamma-, Radvánszky 357.
— d. Mamma. Ekzem bei, Dietrich 402.
— Kolloidales Kupfer b. menschlichem, Weil 376.

Digitized by Google

Karzinom. Rademanit bei, Schueller 375.
— u. Sarkom. Radium bei, Abbé 375.
— Intravesikale Verwendg. von Radium bei, Schoenenberger u. Schapira 486.
— s. Nävo-, Nebenhoden-, Röntgen-, Strahlen-, Zungenkarzinom, Krebs.
Karzinomimpfungen auf Kaninchen. Mäuse-, Apolant u. Bierbaum 356.
Karzinomzellen. Wirkg. der Röntgenstrahlen auf, Ritter u. Lewandowsky 359.
Karzinosis. Wesen des Greisenalters u. der, Gilford 355.
— Pathologie der, Crow 358.
Kasuistik. Dermatologische, Alderson 384.
Kasuistische Mitteilgn. a. d. Praxis, Petzoldt 304.
Katheter, Portner 463.
Keloid s. Narbenkeloid.
Keratoma hereditarium palmare et plantare, Sederholm 78.
Keratosis pilaris, Riecke 395.
Kindesalter s. Alopezie, Ekzem, Enuresis, Erythema mycoticum, Hauttuberkulose, Infektionskrankheiten, Neurodermitis, Orchiepididymitis, Phimose.
Knorpelzysten der Ohrmuschel, Junkel 380.
Kohlensäureschnee bei Hautkrankheiten, Haslund 72.
Kollargol. Argyrie nach, Crispin 428.
Kollikulitis, Li Virghi 83.
Kolloidaler Form. Wirkg. einiger Heilmittel in, Strandberg 79.
Kolloide Degeneration d. Haut, Hartzell 579.
Kolloidmilium, Hartzell 579.
Kombustin, Schauer 296.
Komplementablenkung b. Hautleishmaniose, Pavone 321.
Kondylomen. Zelleinschlüsse bei spitzen, Fiori 378, 379.
Konstante. Ambardsche, 83, 566.
Kopfes b. Erwachsenen. Ringwurm d. behaarten, Rothwell 580.
Kopfhaut. Enzephaloide, Jonquières 221.
— i. d. Schule. Hygiene d. Haut u. d. behaarten, Uriburu 222.
— Neue Bhdlgsmethode der Trichophytie der, Foley 298.
— d. Erwachsenen. Phthirius pubis a. d. behaarten, Brault u. Montpellier 430.
— eine Zystis sebacea vortäuschend. Kankroid d. behaarten, Zannini 439.
— Radium b. Papillom d. behaarten, Azúa 504.
Kosmetischer Hautleiden. Bhdlg., Jessner 373
Krätze. Ristin bei, Treitel 429.
— Sulfidal bei, Odstrčil 428.
— s. Skabies.
Krebs. Akanthosis nigricans mit Pulmonal-, Petrini 266.
— als Spätfolge e. Kriegswunde? Hand-, Coenen 401.
— Analyse d. Wirkg. radioaktiver Substanzen auf Mäuse-, Wassermann 356.
— Radium- und Röntgenbhdlg. beim, Levin 374.
— Radium und, Riehl 374 (Bis).
— Radium bei, Dieffenbach 375.
— Grenzen der Radiumtherapie f. d. tiefliegenden, Bayet 376.
— s. Arsenik-, Haut-, Paget-, Paraffin-, Prostata-, Schornsteinfegerkrebs, Karzinom.
Krebse. Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse u. deren, Krompecher 357.
Krebses. Heilung u. Verhütung des, Schürer v. Waldheim 356.
— Teer- u. Petroleumprodukte als Ursachen d. chron. Reizung u. des, Davis 401.
Krebsige Prozesse an benignen Hautgewächsen, Sutton 377.
Krebsausbreitung. Intraepidermoidale, Zieler 402.
Krebsgeschwulst dch. Atoxyl u. Strahlentherapie. Scheinbarer Erfolg. b. einer, Blumenthal 360.
Krebsstudien. Diagnostische u. therapeutische, Stammler 355.
Kriegswunde? Handkrebs als Spätfolge einer, Coenen 401.
Kryptorchismus. Operationsmethode bei, Thompson 544.
*Kuhhaare. Fremdkörpertumor b. e. Melker durch, Lauener 529, 556.
Kupfer b. menschl. Karzinom. Kolloidales, Weil 376.

Larva migrans 221.
Läusen. Befreiung der Truppen von Kleider-, Glingar 430.
Laussicheres Übergewand, M. u. R. Grassberger 430.
Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Riecke 30.
Leiomyom s. Hautleiomyom.
*Leipziger Hautklinik. Statistik der Skabies in der, Wilke 281, 310, 344.
Leishmaniose s. Hautleishmaniose.
Lentigo. Histolog. Studie einer, Du Bois 267.

Digitized by Google

Lepra der Bibel, Dubreuilh u. Barques 419.
— im Deutschen Reiche 1914, 488.
— in Tunis, Eichmüller 419.
— Tabes infolge, Petzoldt 304.
— Prophylaxe der, Malbran 222.
— Mikroorganismus der, Reenstierna 73.
Leproms a. e. niederen Affen, Übertragg. eines, Verrotti 214.
Leprosorium f. Amerika. Nationales, 168.
Lesbische Liebe b. d. Indianern Nordamerikas, Mc Murtrie 161.
Leukämie s. Haut-, Pseudoleukämie.
*Leukoderma psoriaticum. Einfluß d. Lichts auf das, Buschke 489.
Leukodermien u. Melanodermien. Professionelle, Vignolo-Lutati 213.
Leukoplakie. Dekortikation d. Zunge wegen, Schwarz 335.
Lichen, Moberg 78.
— pilaris, Riecke 395 (Bis).
— planus, Walsh 277.
— — d. Glans penis. Röntgenstrahlen bei, Wise 277.
— ruber planus. Seltene Form von, Cattle 277.
— — framboesiformis, Lipschütz 421.
— scrophulosorum 81.
— — u. Parapsoriasis lichenoides, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 277.
— Wilson resistent gg. Arsen. Zizinärer, Covisa 504.
Licht s. Sonnenlicht.
Lichts i. d. Ätiologie d. Hautepithelioms. Rolle des, Dubreuilh 354.
*— a. d. Leukoderma psoriaticum. Einfluß des, Buschke 489.
Lichtreaktion d. menschl. Haut. Einfluß experim. veränderter örtlicher Bedingungen auf die, Sobotka 419.
Lid s. Angiom, Epitheliom.
Lipomatose. Multiple symmetrische, Simon 380.
Lippen s. Epitheliom, Lupus erythem.
Lokalanästhesie i. d. Urologie, Carraro 446.
Lumbalpunktion. Plötzl. Tod n. einer, Vedel, Roger u. Blouquier 407.
Lupus. Sukzess. Schübe v. lichenoiden Tuberkuliden b. m. Tuberkulin behandeltem, Aja 81.
— erythematosus. Epitheliom i. e. alten, Schaumann 73.
— — b. e. 4j. Kinde, Strandberg 75.
— — an bd. Lippen, Moberg 77
— — Klin. Beziehgn. des, Meachen 423.
— — d. Mundschleimhaut, Aja 502.
— — generalisatus teleangiectaticus, Azúa 505.
Lupus erythematosus. Aurum-Kalium cyanat. bei, Aja 371. Azúa 371.
— — Röntgenstrahlen ohne Erfolg bei, Moberg 78.
— — -Typus. Tuberkulide vom, Müllern-Aspegren 77.
— papillomatosus vegetans d. Hände, Regidor 503.
— pernio, Schaumann 73.
— tuberculosus. Modifik. d. Payrschen Operation bei, Aja 218.
— — Aurum-Kalium cyanat. bei, Azúa 371.
— — Finsentherapie bei, Azúa 504.
Lupösen Granuloms a. d. Knorpelgewebe. Einwirkung des Ruggiero 501.
Lymphadenomatosis cutanea aleucaemica, Ragusin 221.
Lymphangitis postdysenterica. Elefantiasis nach, Marcovici 440.
Lymphosarkom d. Halses, Bégouin 403.
Lytinol s. Urethritis.

Maculae caeruleae, Riecke 395.
— — dch. Pulex irritans, Sommer u. Gréco 220.
Mädchenschutzhaus in Berlin, Graziella-Schneid Huber 458.
Maismehl i. d. Pellagragebieten 208.
Makrocheilie, Sluys 379.
Malakoplakie der Harnblase, Wetzel 510.
Malaria m. Erbsyphilis. Chronische, Campana 215, 502.
— Hauterscheinungen, bes. Ekthyma, bei, Chimisso 330.
Malleus s. Rotz.
Maul- u. Klauenseuche verdächtiger Fall. Ein auf, Whitby 277.
Meerschweinchenserums. Eigenlösende Eigenschaften des, 54.
Meiostagminreaktion, Arzt u. Zarzycki 378.
Melanodermien. Professionelle Leukodermien und, Vignolo-Lutati 213.
Melanome, Hoda 397.
*Melker dch. Kuhhaare. Fremdkörpertumor bei einem, Lauener 529, 556.
Merkuriell s. Nephritis, Scheidengangrän, Stomatitis.
Mesothoriumbestrahlung in der Urologie. Technik der Radium-, Schüller 446.
Methylenblausilber 325.
Mikrosporon furfur. Kulturmedien für, Zappalà 215.
Milzbrand. Pyozyanein bei, Brelet 302.
— Salvarsan bei, Buberl 302.
Mohrrübenfärbung, Möinichen 428.
Molluscum contagiosum. Ätiologie des, Lipschütz 396.
Monilethrix, Azúa 82.

Digitized by Google

Monosporosis, Radaeli 298.
— alba et M. nigra, Pepere 298.
— nigra et M. alba, Pepere 298.
Morphoea deh. Hochfrequenzströme geheilt, Peyri u. San Ricart 423.
Mund s. Lupus erythem., Ulcera neurotica.
Mundaphthen als Krankheit d. Wasserm. Gruppe. Rezidivierende, Aja 81.
— Neosalvarsan bei rezidivierenden, Aja 81.
Myiasis der Harnwege, King 527.
— cutanea b. Menschen, Porta 499.
— linearis 221.
Mykose (Chalarose). Neue menschliche, Roger, Sartory u. Ménard 279.
Mykosis fungoides, Marini 264.
— — Diskussion über, 79.
— — (?). Prämykotisches Stadium von, Afzelius 77.
Myriapodismus, Sommer u. Gréco 220.
Myzetoma pedis m. schwarzen Körnern, Pepere 322.

Nachbehandlung nach chirurg. Eingriffen, Behrend 127.
Nävokarzinome, Darier 358.
Naevus anaemicus, Almkvist 74, Bruner 421.
Nävi, Brabec 438.
— Eigentümliche, Almkvist 74.
*Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel, Fischer 65.
Nagel s. Favus, Herpes tonsurans.
Nägel. Patholog. Veränderg. der, Ross 510.
Narbe s. Blasennarbe.
Narbenbehandlung m. multiplen Inzisionen u. Thiosinamin, Tubby 381.
Narbenkeloiden. Skarifikationen u. Radiotherapie b. voluminösen, Gallois u. Japiot 381.
Nase s. Epitheliom.
Nebenhoden. Auffällige Befunde b. experim. Studien an, Kyrle u. Schopper 547.
Nebenhodenkarzinom. Primäres, Sakaguchi 548.
Nebenhodentuberkulose. Bhdlg. der, Anschütz 547.
— Röntgenbhdlg. bei, Friedländer 548.
Neger s. Framboësie, Hautangiosarkom, Tabes (Syphilis, I, J.).
Negern Amerikas. Hautkrankheiten bei den, Hazen 580.
*Nekrolog für Eduard Jacobi, Taege 158.
*— — Sophus Engelsted, Rille 366.
*— — Alfred Fournier, Petrini 368.

Neosalvarsan.

(Siehe auch Syphilis I, L.)

I. Allgemeines.

Neosalvarsan. Arsen i. d. Spinalflüssigkeit n. intraven. Anwendg. von, Engman, Buhman, Gorham u. Davis 64.

II. Therapie.

Neosalvarsan b. Augenkranken, Mohr 230.
— b. rezidiv. Mundaphthen, Aja 81.
— u. Salvarsan b. Tbc., Jeanselme, Vernes u. Bloch 229.

III. Dosierung und Technik.

Neosalvarsan im Eigenserum. Lösung des, Spiethoff 245.
— Gabengröße des, Neumayer 246.
— u. Salvarsan. Leichte Methode d. intraven. Anwendg. von, Ballenger u. Elder 207.
— — — Intraven. Injekt. von, Miller 207.
Neosalvarsaninjektionen. Intravenöse, Aja 218.
— Technik der intravenösen, Azúa 522.
— Neues Verfahren der intravenösen, Alexandrescu-Dersca 246.
— Konzentrierte, Kerl 231, Frühwald 243, Girsdansky 246.
— im Kindesalter. Epifasziale, Kern 247.
— Intramuskuläre, Kersten 245.
— Subarachnoidale zerebrale, Sicard 246.
— Intrarachidische, Jeanselme, Vernes u. Bloch 246, Lortat-Jakob 246.
Neosalvarsantherapie. Technik der endolumbalen, Schubert 246.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Neosalvarsan. Akute Enzephalitis nach, Agustina 523.
— Todesfall nach, Neumayer 247.
— u. Salvarsan. Nekrose n. intramuskul. Injekt. von, Robertson 226.

Nephrektomie. Rolle der Reservekraft der Niere nach der, Mikhaïlow 372.
Nephritis. Erysipelas kontra, Glaser 328.
— Syphilis nervosa u. therapeut. merkurielle, Aja 503.
Neubildungen. Bestrahlungs- u. chirurg. Bhdlg. maligner, Freund 333.
— Radium b. malignen, Knox 334.
— s. Blasenneubildungen. Geschwülste, Gewächse, Tumoren.

Digitized by Google

Neugeborenen s. Desquamation, Polyp.
Neurodermitis im Kindesalter. Ekzem und, Lehnert 250.
Neurofibrom. Plexiformes, Rutherfurd 382.
Neurofibromatose, Lier 381.
— Universelle, Elliott u. Beifeld 398.
Neurotisch s. Ulzera.
Niere u. Blase. Rückenmarkslokalisationen i. d. Pathologie der, Strominger 83.
— n. d. Nephrektomie. Rolle der Reservekraft der, Mikhaïlow 372.
— Erkrankgn. der, Portner 588.
Nieren. Wirkg. des Yohimbin a. die, Christeller 264.
— u. Harnwege. Angeborene Mißbildgn. der, Motzfeldt 592.
Nierenfunktion. Wert d. Ambardschen Konstante als Indikator f. d. physiologische, Choltzoff 83.
— m. Bestimmg. d. Ausscheidg. innerlich gegebenen Harnstoffs. Prüfung der, McCaskey 591.
Nierenfunktionsprüfung. Klin. Bedeutg. d. neueren Methoden der, Bauer u. Nyiri 457.
Nierenkrankheiten. Funktionelle Diagnostik der, Janowsky 591.
Nierentuberkulose im Beginne. Diagnose u. Bhdlg. d. Blasen- und, Wildbolz 84.
— Formen der chronischen, Hallé 372.
Nierenverletzungen, Bloch 159.
Noma auf den Philippinen, Reyes 331.
— Operativ geheilte, Bergmann 331.
*Nosokomialgangrän, Trendelenburg 385.

Ödem. Akutes exsudatives, Martinotti 370.
— b. einigen Dermopathien. Experim. Stase u. experimentelles, Delzotti 501.
Oedema perstans faciei, Sandman 78.
Ohr s. Knorpelzysten.
Onychia punctata 75.
Onychogryphosis, Strandberg 421.
Onychomykosis favosa, Strandberg 75.
Orchiepididymitis d. Kinder, Comin 547.
— dch. B. coli communis, Bonner 547.
Oroyafieber u. Verruca peruviana. Ätiologie von, Strong 322.

Pagetsche Erkrankung a. Anus u. Genitale, Kren 334.
— — d. Brustwarze, Bender u. Vaudescal 334.
— — a. d. Wange, Polland 264.
Pagetkrebs, Zieler 402.
— Beginnender, Dietrich 402.
Papillom d. behaarten Kopfhaut. Radium bei, Azua 504.
Paradidymitis erotica acuta, Heller 549.
Paraffinkrebs, Davis 401.
Parapsoriasis. Pilocarpicum hydrochlor. bei, Herxheimer u. Köster 276.
— lichenoides. Lichen scrophulosorum und, Nicolas, Massia, Gaté u. Pillon 277.
Paraurethralganges. Isolierte Blennorrhoe eines, Marcus 73.
Pasten v. Dohi u. Joseph i. d. Dermatologie, Aja u. Forns 522.
Pediculi capitis. Phthiriasis pubis durch, Sommer u. Greco 220.
Pedikulosis. Prophylaxe der, Weidenfeld u. Pulay 430.
Pelade s. Pseudopelade.
Pellagra in Nordamerika 40.
— Forschungsinstitut für, 40.
*— Experim. Btrg. z. Ätiologie der, Rühl 113, 151, 176.
Pellagragebieten. Maismehl in den, 208.
Pellagrakongreß in Verona. Internationaler, 528.
Pemphigus foliaceus, Marcus 74, Schalek 278.
— vegetans, Kissmeyer 418, Frühwald 437.
Pemphigusblasen. Diplococcus lanceolatus in, Busson, Kirschbaum u. Staniek 278.
Penis. Rattenbiß in den, Scharffenberg 461.
— b. Typhus. Erkrankgn. des, Orsós 462.
— s. Elefantiasis.
Penisspaltung. Vollkommene, Trenkler 462.
Penistumor. Ungewöhnlicher, Konjetzny 461.
Penistumoren, Heigel 461.
Penisverdoppelung, Lionti 462.
Perionychie b. Gemüseschälern. Professionelle, Peyri 217.
Perubalsam. Generalisierte akute Dermatitis durch, Riecke 395.
Phagedänisch s. Schanker.
Phimose u. akute Blennorrhoe. Kongenitale, Riecke 394.
— im Kindesalter. Bhdlg. der, Rominger 460.
— Therapie der, Loewe 460.
— Operation der, Pagenstecher 461.
— Lokalanästhesie b. Operation der, Saissi 461.
Phlebitis zoniformis ectatica, Vörner 265.
Phlebogene Schmerzen, Edinger 404.
Phlegmone s. Gas-, Holzphlegmone.
Photographien v. Hautkrankheiten. Farbige, Rille 232.

Digitized by Google

Phthirius pubis a. d. behaarten Kopfhaut des Erwachsenen, Brault u. Montpellier 430.
Phthiriasis pubis dch. Pediculi capitis, Sommer u. Greco 220.
Physikalische Bhdlgsmethoden gebessert. Skleroma respiratorium durch, Mestscherski u. Grintschar 327.
Pigmentation s. Hautpigmentation.
Pigmentierung der Schleimhaut. Physiologische, Bonnet 396.
Pilorum monileformis. Aplasia, 82.
Pilz s. Fadenpilz.
Pilzerkrankung d. Haut inf. wollener Unterwäsche, Isaac 300.
*Pituitrin. Empfindlichkeit d. Haut für Adrenalin und, Josefson 413.
Pityriasis rosea m. Entstellung d. Finger, Erlichówna 255.
Plasmomyelom d. Haut, Kreibich 335.
Polizeipflegerin. Tätigkeit der, Stemmler 458.
Pollutionen. Endoskop. Bhdlg. v. nächtlichen, Randall 541.
Polylymphomatosen. Fibro-epitheloide, Marini 264.
Polyp b. e. Neugeborenen. Zystischer, Hilsmann 484.
Praecocitas adrenalis 525.
*Präkanzerösen Wucherungen. Btrg. z. Kenntnis der, Tryb 553.
Prämykotisches Stadium von Mykosis fungoides (?), Afzelius 77.
Professionell s. Leukodermien, Melanodermien, Perionychie. Beruf.
Prostata. Wechselbeziehgn. zw. Hoden und, Hada u. Götzl 564.
— Pathologie der, Smith 565.
— Bimanuelle Untersuchg. der, Haberland 565.
— Bakterienflora der normalen, Unterberg 566.
— Zystenbildg. in der, Scheide 581.
Prostataadenom, Beer 581.
Prostataaffektionen im Anfangsstadium. Diagnose u. Bhdlg. der bösartigen, Kümmel 581.
Prostataatrophie, Müller 567.
— Stenosierende, Dubs 567.
Prostatafunktion u. Bhdlg. der Prostatahypertrophie dch. indirekte Bestrahlung, Jakobsohn 583.
Prostatahypertrophie, Praetorius 483.
— Bhdlg. der, Adler 584.
— dch. indirekte Bestrahlung. Prostatafunktion u. Bhdlg. der, Jakobsohn 583.
— Radiotherapie bei, Haret 583, Rosti 584.
— Operative Bhdlg. der, Wildbolz 585.
— Radikale Heilg. der, Monzardo 585.
Prostatahypertrophie. Totale Prostataentfernung bei, Grinenko 587.
— Prostatektomie n. Wilms bei, Kulenkampf 585.
— Bottini bei, M. u. A. Bernay 584, Perrier 584.
Prostatakonkremente, Suter 30.
Prostatakrebs, McGrath 581, Freyer 582.
— Entfernung von, Howard 582.
Prostatasymptome dch. e. Mastdarmpolypen. Harnröhren- und, Pedersen 442.
Prostatatuberkulose, Götzl 582.
— Hämatogene, Simmonds 582.
Prostatatumoren. Radium bei, Degrais u. Pasteau 580.
Prostatektomie, Herescu 586.
— Bestes Alter zur, Legueu 586.
— Epididymitis bei, Lockwood 507.
— b. Prostatahypertrophie. Totale, Grinenko 587.
— n. Wilms b. Prostatahypertrophie, Kulenkampf 585.
— Nachbhdlg. der, Bisselick 588.
— Kombinierte Methode der, Thomas 587.
— Perineale, Lick 586.
— Suprapubische, Smith 587, Negrete 588.
— Technik der suprapubischen, Jenkel 587, Schloffer 587.
— Methode z. Bekämpfg. d. postoperat. Hämorrhagie bei suprapubischer, Keyes 588.
Prostatiker. Abderhaldensche Reakt. im Blute der, Colombino 565.
Prostatikern. Nutzen der Anwendg. der Harnstoffsekretionskonstante bei, Legueu 566.
Prostatischen Urinretention. Mechanismus der, Keyes 566.
Prostatischer Obstruktion. Hochfrequenzentladung bei, Bugbee 583.
Prostatitis inf. Gonorrhoe. Chronische, Hoffmann 508.
— Physikal. Bhdlg. der, Bieck 583.
— u. Periprostatitis chronica. Radiotherapie bei, Rosti 584.
Prostituierten. Heilbarkeit d. Blennorrhoe bei, Schlasberg 73.
— Rektalblennorrhoe bei, Schmidt 78.
— Moderne Untersuchg. der, Dreuw 161.
— Ärztl. Fürsorge d. jugendlichen, Bendig 298.
— Vorgeschichte u. Charakteristik der, Neisser 458.
Prostitution u. Geschlechtskrankheiten, Gimenez 221.
— d. jugendl. Mädchen. Ursachen u. Bekämpfg. der, Rupprecht 297.

Digitized by Google

Protoplasmafasern b. Epitheliom, Arnold 353.
Prurigo. Besniers, Rasch 72.
Pruritus u. Hautreaktionen, Brocq 425.
— d. Tabiker, Cordier u. Crémieu 427.
— Diagnose u. Bhdlg. des, Dyer 426.
— Radiotherapie b. postekzematösem, Ratera 82.
— ani. Hartnäckiger, Cunningham 427.
— — Bhdlg. des, Waelsch 427.
— — Chirurg. Bhdlg. des inveterierten, Géry 427.
— cutaneus. Ungt. Allantoin comp. bei, Bäumer 427.
— vulvae. Radium bei, Vignolo-Lutati 371.
Pseudarrhenie 441.
Pseudoelefantiasis, Howle 328.
Pseudohermaphroditismus femininus externus, Benda 441, Fraenckel 441.
— masculinus externus, Allmann 441.
Pseudoleukämie der Haut, Hammacher 417.
Pseudopelade Brocq 422.
Pseudoxanthoma elasticum, Rygier 383.
Psoriasis? 75.
— Dermatitis desquamat. maligna u. sept. Agentien, Zappalà 370.
— linguae. Doppeltes Zungenkarzinom bei, Borchard 276.
— Tuberkulose und, Warnecke 276.
— Ätiologie der, Jaerisch 256.
— Symptome, Diagnose u. Therapie der, Gougerot 256.
— Cholin bei, Ritter 256.
— m. Enesol geheilt, Cebrián 523.
Psoriatikerhaut. Wirkung einiger Essenzen a. die, Uncini 215.
Psorospermosis follicularis vegetans 214, 334.
Pulex irritans. Maculae caeruleae durch, Sommer u. Greco 220.
Purpura m. Gangrän. Primäre infektiöse, Covisa 504.
— annularis teleangiectodes, Copelli 500.
Pyodermitis chronica papillomatosa vegetans, Ledo 81.

Quecksilber. Intoleranz gegen, Vázquez 524.
Quecksilbers m. d. Fäzes. Ausscheidung des, Almkvist 78.
— Sonderbare therapeut. Wirkungslosigkeit des, Castorina 138.
Quecksilberbehandlung der Spirillosen, Launoy u. Levaditi 138.

Rademanit b. Karzinom, Schueller 375.
Radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs. Analyse der Wirkung, Wassermann 356.
Radioepilation der Kinderköpfe, Meyer u. Ritter 299.
Radiographie. Messung u. Projektion d. hint. Teiles d. Harnröhre u. des Blasengrundes m. Metallkatheter und, Pedersen u. Darling 463.
Radiotherapie d. Alopecia totalis, Thedering 422.
— d. bösartigen Geschwülste, Kienböck 399.
— u. Skarifikationen b. voluminösen Narbenkeloiden, Gallios u. Japiot 381.
— b. Prostatahypertrophie, Haret 583, Rosti 584.
— b. Prostatitis u. Periprostatitis chronica, Rosti 584.
— b. postekzematösem Pruritus, Ratera 82.
Radium, Nordentoft 373.
— b. malignen Neubildungen, Knox 334, Sparmann 375.
— auf Blasenneubildungen. Instrument z. Applikation von, Ayres 486.
— geheilt. Epitheliom mit, Covisa 217.
— b. Nasenepitheliom, Nogier 354.
— b. Karzinom u. Sarkom, Abbé 375.
— — — Intravesikale Verwendg. von, Schoenenberger u. Schapira 486.
— u. Krebs, Riehl 374 (Bis).
— b. Krebs, Dieffenbach 375.
— b. Papillom d. behaarten Kopfhaut, Azúa 504.
— b. Prostatatumoren, Degrais u. Pasteau 580.
— b. Pruritus vulvae, Vignolo-Lutati 371.
— b. Tumoren, Pellizzari 375.
Radiumbehandlung von Hautkrankheiten, Schaumann 73.
— bösartiger Geschwülste, Schlesinger 334.
— b. Krebs. Röntgen- und, Levin 374.
Radiumbestrahlung i. d. Urologie. Technik der Mesothorium-, Schüller 446.
Radiumemanation b. Ulcus cruris chronicum, Saphier 406.
Radiumtherapie f. d. tiefliegenden Krebs. Grenzen der, Bayet 376.
— d. Hautepitheliome m. Einzel- oder Massivdosen, Clark 402.
— i. d. Urologie, Schüller 447.
Rattenbiß in den Penis, Scharffenberg 461.
Recklinghausensche Krankheit 398, Rebattu u. Martin 382.
Recklinghausenschen Krankheit. „Formes frustes" der, Bertein 382.
Rektalblennorrhoe b. Prostituierten, Schmidt 78.
*Resorzinvergiftung b. äußerl. Anwendung. Tödliche, Boeck 449.

Digitized by Google

Rhinophyma. Dekortikation bei, Heineck 326.
— Elektrolyse bei, Bordier 326 (Bis).
Rhinosklerom, Richards 327.
— Mit Vakzine erfolglos bhdlter., dch. physikal. Methoden gebesserter Fall von, Mestscherski u. Grintschar 327.
— Salvarsan beim, Kaempfer 327.
Riesenwuchs m. Atrophie der Geschlechtsorgane, Brind 442.
Ringwurm d. behaarten Kopfes b. Erwachsenen, Rothwell 580.
Ristin 429.
Röntgenbehandlung. Resultate der, Nordentoft 373.
— des Ekzems, Ritter 253, Fisher 254.
— d. chron. Ekzems, Thedering 254.
— b. Krebs. Radium- und, Levin 374.
— d. Hautkrebses, Nordentoft 401.
— b. Nebenhodentuberkulose, Friedländer 548.
Röntgenkarzinom, Bichler 359.
Röntgenlehre. Handbuch der, Gocht 242.
Röntgenstrahlen im Gewebe. Die Absorption der β-, γ- und, Keetmann 333.
— b. Akromegalie, Gunsett 379.
— b. Aktinomykose, Sardemann 327.
— b. Bubo, Wittig 325.
— b. Ekzem d. Hände, Wise 255.
— b. d. Diagnose von Harnsteinen, Tyler 273.
— auf Hauttransplantate. Günstiger Einfluß der, Quintarelli 501.
— b. Hyperkeratose, Scaduto 255.
— b. Hypertrichosis, Chilaiditi 431.
— ohne Schädigung d. Haut. Dauernde Epilation durch, Chilaiditi 432.
— auf Karzinomzellen. Wirkung der, Ritter u. Lewandowsky 359.
— b. Lichen planus d. Glans penis, Wise 277.
— ohne Erfolg b. Lupus erythematosus, Moberg 78.
— b. Trichophytie, Emays-Jones 299.
Röntgentherapie, Schmidt 186.
Röntgenuntersuchung der Harnorgane, Cohn 443.
Röntgenologische u. zystoskop. Befunde b. erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken, Trembur 444.
Rotz, Woodward u. Clarke 248.
— Diagnose u. Therapie des, Noniewicz 248.

Säuglingsalter s. Furunkulose.

Salvarsan.

(Siehe auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan. Abhandlungen über, Ehrlich 31.
— u. Charlatanerie, Bancalari 222.
— in England. Herstellung von, 472.
— Urinbefunde nach, Klein 185.
— vor 3½ Jahren. Arsenausscheidg. im Harne nach einmalig. subkut. Einverleibg. von 0,4 Alt-, Kyrle 166.
— i. d. Blutbahn n. intraven. Injektion. Verweilen des, Treupel 417.
*— z. Silbereiweißpräparaten usw. Verhalten des, Schumacher 257.
— Toxizität des, Alter 228.

II. Therapie.

Salvarsan b. Framboësie, Cockin 323.
— b. Milzbrand, Brelet 302.
— b. Rhinosklerom, Kaempfer 327.
— prophylakt. b. weichem Schanker, Hoffmann 325, Müller 325.
— b. Ulcus molle, Hoffmann 264.
— b. merkur. Stomatitis, Almkvist 39.
— u. Neosalv. bei Tbc., Jeanselme, Vernes u. Bloch 229.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsaninjektion. Intravenöse od. intramuskuläre, Schindler 224.
Salvarsan u. Neosalvarsan. Leichte Methode d. intraven. Anwendg. von, Ballenger u. Elder 207.
— — — Intraven. Inj. von, Miller 207.
Salvarsaninjektionen. Neues Verfahren der intravenösen, Alexandrescu-Dersca 208.
— i. d. Zentralnervensystem. Klin. u. experim. Erfahrgn. bei, Weygandt, Jakob u. Kafka 224.
Salvarsanbehandlung. Technik der endolumbalen, Gennerich 225.
Salvarsanserum, Stühmer 225, 226.
— Intralumbale Injekt. von, Spencer 225.
Tägeschen Sterilisierungsmethode usw. Zuverlässigkeit der, Löffler 418.
Wasserfehler 418, Matzenauer u. Hesse 226.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsanschäden, Schmitt 228.
Salvarsan. Toxizität des, Alter 228.
— Hirndruckerhöhung b. Lues nach, Spiethoff 227.

Digitized by Google

Salvarsan u. Neosalvarsan. Nekrose n. intramusk. Injektionen von, Robertson 226.
— Netzhautblutungen nach Kalomel-, Morpurgo 228.
— Überleitungsstörung nach, Fuchs 227.
Salvarsantod, Schindler 224.
Salvarsantodesfalles. Pathogenese eines, Wechselmann 229.
Salvarsantodesfälle. Ursachen der, Schmitt 228.
Wasserfehler 418, Matzenauer u. Hesse 226.

Samenblasen. Bau der menschlichen, Seifert 543, Picker 543.
Samenstranges. Diagnose der Geschwülste des, Hauck 542.
— bindegeweb. Ursprungs. Zysten des, Formiggini 542.
— Dermoide des, Monti 542.
Sarkoid. Boecksches, Sweitzer 335.
Sarkoide u. Syphilis, Pautrier 266.
— Subkutane, Volk 335.
Sarkoidgruppe. Notwendigkeit einer Revision der, Pautrier 266.
Sarkom. Radium b. Karzinom und, Abbé 375.
— s. Angiosarkom.
Sarkoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum, Almkvist 75, 77, Afzelius 77, Moberg 77.
— cutis 75.
Sarkomatose s. Hautsarkomatose.
Schanker. Salvarsan prophylaktisch bei weichem, Hoffmann 325, Müller 325.
— Operative Bhdlg. der iliakalen Drüsenentzdg. b. weichem, Gaymard 325.
— des Anus u. d. Interglutäalfurche. Phagedänische venerische, Forns 523.
— s. Ulcus molle.
Scheidengangrän. Merkurielle, 137.
Schieferanthrakosis, Riecke 395.
Schönheitsfehler 373.
Schornsteinfegerkrebs, Crow 358.
Schweißdrüsenadenome, Frattin 399.
Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse u. deren Krebse, Krompecher 357.
Schweißgeruchs. Mittel z. Beseitigg. des, Kantorowitz 428.
Sectio alta u. ein neues Verfahren f. Blasennaht, Francisco 526.
Selen b. malignen Tumoren. Kolloides, Hölder 334.
Septische Agentien. Psoriasis, Dermatitis desquamat. maligna und, Zappalà 370.
Serotherapie der Blennorrhagie 82.
Sexualempfindung b. d. Frauen in Spanien. Perverse, McMurtry 272.
Sexuelle Anästhesie des Weibes, Sadger 525.
— Perversität usw., McMurtrie 507.
— Störgn. psychischer Natur, Wizel 84, 373.
*Silbereiweiß? Silbernitrat oder, Schumacher 13.
*Silbereiweißpräparaten usw. Verhalten des Salvarsans zu, Schumacher 257.
*Silbernitrat od. Silbereiweiß, Schumacher 13.
Skabies norvegica 221.
*— in d. Leipziger Hautklinik. Statistik der, Wilke 281, 310, 344.
— Skabiesebaga bei, Neugebauer 428.
— s. Krätze.
Skabiesebaga b. Skabies, Neugebauer 428.
Sklerodermie, Gilmour 423.
— en plaques, Strandberg 76.
— d. Hände. Ätiolog. Betrachtg. über, Grandjean 424.
Sklerodermia diffusa et circumscripta, Meirowsky 421.
— ulcerosa linearis, Ruete 421.
Skorpionidismus, Sommer u. Greco 220.
Skrotums dch. chem. Reizung m. Erysipel. Nekrose des, Zeher 505.
— Lymphableitung des, Kondoleon 527.
Skrotumoperationen. Transversale Inzision bei, Dorrance 527.
Soldatendermatosen, Fürth 550
Solifugidismus, Sommer u. Greco 220.
Sommereruption. Rezidivierende, 384.
Sonne. Künstliche Höhen-, Bach 524.
Sonnenlicht geheilt. Hautepitheliome durch, Seelye 354.
Spirillosen. Quecksilberbhdlg. der, Launoy u. Levaditi 138.
Spirochäten. Fortpflanzung von Bakterien, Spirillen und, Meirowsky 241.
Sporotrichose, Dermody u. Mc Martin 300.
— v. tuberkuloidem Typus, Ravogli 300.
— m. multipler Lokalisation. Dominguez 300.
— Experimentelle Knochen-, Bolognesi 300.
— s. Hautsporotrichose
Stein s. Blasen-, Harnstein.
Steinanurie, Praetorius 483.
Steinkohlenteer b. Ekzem, Plicque 252.
Sterilität. Freiwillige, Pirkner 271
— d. Mannes, Brodfeld 541.
Stomatitis. Salvarsan b. merkurieller, Almkvist 39.
— ulcerosa. Nekrose des Zahnfortsatzes des Unterkiefers nach, Hanusa 330.
— — Plaut-Vincentsche, Tièche 331.
— s. Herpetische St.
Strahlenkarzinom, Glaesmer 359.

Digitized by Google

Strahlentherapie der Geschwülste, Keetmann 333.
— maligner Neubildungen, Freund 333.
— Scheinb. Erfolg b. e. Krebsgeschwulst dch. Atoxyl und, Blumenthal 360.
Striae distensae et keloideae, Rosenthal 421.
— s. Wachstumsstriae.
Strichförmigen Dermatosen. Lokalisation d. akuten, Afzelius 72.
Striktur s. Harnröhrenstriktur.
Sulfidal 428.

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

Alltäglicher Krankheiten Syphilit. Natur, Franceschini 369.
Amme mit multipl. syph. Schankern d. Brustwarze dch. e. Erbsyphilitischen, Artadi 253.
Extragenitale Syphilis.
Augenlid. Primäraffekt am unteren, Petzoldt 304.
Brustwarze. Syph. Schanker der, Artadi 523.
Konjunktiva bulbi. Syphilit. Schanker a. der, Mazo 217.
Nabels. Syphilit. Schanker des, Covisa 218.
Disposition zur Lues? Gibt es eine, Cohn 296.
Fieber. Syphilis-, Konrad 187.
Hygiene u. Syphilis, Bodin 88.
Jarisch-Herxheimersche Reaktion d. Gummata auf Salvarsan, Hitrowo 227.
— — — v. lymphangit. Typus, Dufour 227, Dufour u. Thiers 228.
Klinik der Syphilis im Lichte der Entdeckgn. des 20. Jh., Bloom 180.
*Latenter (erworb.) Syphilis m. negat. Wasserm. Reaktion. Infektiosität d. Blutes bei, Frühwald 513.
Latenzstadium. Wasserm. u. Noguchische Reakt. im, Mathieu, Weil u. Giroux 57, Mathieu u. Weil 58.
Malignen Syphilis. Bhdlgn. der, Morawetz 131.
Maligna praecox. Syphilis, Azúa 216.
Öffentlichen Gesundheit. Syphilis als Frage der, Nichols 384.
Prophylaxe d. Syphilis, Sommer u. Greco 222.
— m. d. Chininsalbe. Syphilis-, Schereschewsky 109.
— d. Syph. dch. Salvarsan, Jeanselme 189.
Reinfektion. Syphilitische, Covisa 219.
— b. e. tert. Syphilitiker, Azúa 81.
— n. Salvarsan, Müllern-Aspegren 76, Ravaut 206.
Rezidiv 3 Jahre nach scheinbar gelungener Abortivbehandlung, Boas 417.
Rezidive d. Syph. nach Arsenbhdlg., Audry 207.
Superinfektion b. e. Tertiärsyphilitischen, Forns 504.
Syphilisforschung a. d. Syph.-Bhdlg. in Badeorten. Einfluß der modernen, Touton 110.
Tertiären Syphilit. Reinfektion b. einem, Azúa 81.
Unschuldigen. Syphilis der, Gerber 420.

B. Ätiologie.

Leukozytozoon syphilidis, Peyri 82.
Treponema pallidum. Vitale Färbg. des, Anschütz 222.

C. Experimentelle Syphilis.

Experimenteller Syphilis. Gold bei, Truffi 135.
Kaninchen. Intradermoreakt. b. Lues dch. Extrakt aus skrotal. Syphilomen von, Trossarello 58.
Kaninchensyphilis. Generalisierte, Colombo 213.
— Hg. bei, Launoy u. Levaditi 138.

D. Diagnostik.

Abderhaldensche Technik b. d. Diagnose der Syphilis, Varney u. Morse 578.
Balanitis simplex e. Sklerose vortäuschend, Riecke 395.
Diagnose u. Therapie d. Syph. i. d. Hand d. prakt. Arztes, Wagner 88.
Dungernsche Reaktion. Wasserm. und, Balzarek 55.
Fällungsreaktion m. glykochols. Na. b. Zerebrospinalflüssigkeit, With 85.
Gerinnungshemmung dch. Luessera, Fränkel u. Thiele 86.
Hämolysinreaktion i. d. Spinalflüssigkeit, Weil-Kafkas, Boas 79.
Hermann-Perutzsche Reaktion, Giorgis 55, Kallos 55, Bang u. With 86.
— — u. Wasserm. Reaktion, Bräutigam 55.
Intradermoreaktion b. Lues dch. Extrakt aus skrotal Syphilomen v. Kaninchen, Trossarello 58.
Jodölreagens. Reaktion luet. Sera m. einem, Landau 53, Kissmeyer 56.
Karvonen. Konglutinationsreaktion von, Leschly u. Boas 55.

Digitized by Google

Kutireaktion b. Syphilis. Wolfsohn 60.
— d. Syphilis halten? Was soll man von der, Dubois 58.
— u. Wasserm. Reaktion, Müller u. Stein 57.
Liquordiagnostik d. Syphilis. Sero- und, Eicke 126.
Liquoruntersuchung f. d. Prognose v. isolierten syphilogenen Pupillenstörungen. Bedeutung der, Nonne 84.
Luetin-Reaktion, Noguchi 58, Nanu-Mascel, Alexandrescu-Dersca u. Friedmann 59, Mattirolo u. Botteselle 60, Wolfsohn 60, Gavini 60, Faginoli u. Fisichella 60, 63, Desneux 60, 63, Cedercreutz 62, Foster 62, Lagane 62, Grön 63, Clausz 87, Pusey u. Stillians 202, Perkel 418.
— — (Noguchi) u. Wasserm. Reakt. b. nicht floriden Syphilitikern, Mathieu, Weil u. Giroux 57, Mathieu u. Weil 58.
— — b. Paralytikern, Benedek 61 (Bis).
Pallidinreaktion. Technik der, Klausner 56.
Perutzsche Reaktion. Hermann-, Giorgis 55, Kallos 55, Bang u. With 86.
— — u. Wasserm. Reaktion. Hermann-, Bräutigam 55.
Präzipitationsmethoden. Serodiagnostik d. Syph. m. der, Porges 35.
Provokationsprobe b. Syphilis, Aja 219.
Reaktionskörpers i. d. Zerebrospinalflüssigkeit. Herkunft des luetischen, Spät 85.
Serodiagnostik d. Syphilis. Liquor- und, Eicke 126.
Sero-Enzym-Probe auf Syphilis, Baeslack 183.
Serum. Quantitat. Prüfung v. syphilitischem, Hopkins u. Zimmermann 87.
Treponemina 58.
Wassermannsche Reaktion, Thomas u. Ivy 35, Wesener 36, Massia 36, Mc Weeney 36, Sternberg 52, Mantovani 214.
— — absoluten Wert? Hat die positive, Nicolas u. Gaté 35.
— — unter d. geisteskranken Negern von Alabama, Ivey 39.
— — Kutireaktion und, Müller u. Stein 57.
— — u. Noguchi-Reakt. bei nicht floriden Syphilitikern, Mathieu, Weil u. Giroux 57, Mathieu u. Weil 58.
— — u. Hermann-Perutzsche Reaktion, Bräutigam 55.
— — m. bes. Berücksichtg. d. paradoxen Sera. Verfeinerte, Graetz 50.
Wassermannsche Reaktion. Leicht zu beschaffender Organextrakt für die, Bitter 53.
— — Antigene für die, Varney u. Baeslack 54.
— — Einfluß d. antisyph. Bhdlg. a. die, Moreau 37.
— — u. Therapie d. Syphilis, Hecht 37, Grosz u. Volk 87.
— — Mergal und, Gavini 142.
Wassermannschen Reaktion. Wesen der, Meyer 34.
— — Wirksame Körper bei der, Kragel 54.
— — Wert der Absorptionsmethoden b. der, Olmstead 53.
— — Reaktionsumschläge b. d. wiederholten, Seiffert u. Rasp 39.
— — Quellen v. Irrtümern bei der, Stone 52.
— — auszuschalten. Mittel um gewisse Störgn. bei der, Bettencourt 52.
— — dch. eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums. Fehlerquellen der, Rabinowitsch 54, Neue 54.
— — Quant. chem. Reaktion z. Kontrolle d. positiven, Kaplan u. Mc Clelland 52.
— — Große Serumdosen z. Verfeinerg. der, Ledermann 39.
— — Verschärfung der, Blumenthal 51.
— — Verbesserung d. Genauigkeit u. Empfindlichkeit der, Thiele u. Embleton 51 (Bis).
— — Rolle des Cholesterins in der, Louste 56.
— — Beziehgn. zw. Cholesterin und der, Carbono u. Nizzi 56.
— — Cholesterinextrakte bei der, Thomas u. Ivy 57.
— — Cholesterinalkohol- u. Lesserscher Ätherextrakt bei der, Orkin 57.
— — Cholesterinisiertes u. nichtcholesterinisiertes Antigen bei der, Judd 63.
— — Cholersterinantigene b. der, Hopkins u. Zimmermann 87.
— — Aktives Serum b. der, Mantovani 86.
— — Einfluß d. Temperatur a. d. Komplementbindg. bei der, Boas 76.
— — Einfache Modifikation der, Birt 54.
— — Vergleich der Dungernschen u. der, Balzarek 55.
— — f. d. Bhdlg. d. Syphilis. Bedeutg. d. quantitativen, Lesser 36.
— — b. übersehener Syphilis. Diagnost. Wert der, Covisa 217.
— — f. d. Neurologie. Wert einiger Modifik. der, Sänger 56.

Digitized by Google

*Wassermannscher Reaktion. Infektiosität d. Blutes b. latenter (erworb.) Syph. mit negativer, Frühwald 513.

E. Syphilis der Eingeweide.

Blase. Syph. der, Lévy-Bing u. Duroeux 527.
Brustwarze. Syphil. Schanker der, Artadi 523.
*Gaumens. Ungewöhnl. schwere Syph. d. Nase u. des, Frühwald 1.
Harnröhre u. Blennorrhagie. Syphilit. Schanker der, Brault u. Montpellier 372.
Leukoplakia buccalis. Salvarsan bei, Baer 417.
Lunge. Syph. der, Covisa 81.
*Nase u. Gaumens. Ungewöhnl. schwere Syph. der, Frühwald 1.
Pharyngitis. Syphilitische, Dabney 185.
*Vagina. Primäraffekt in der, Nielsen 209.
Viszeraler Syphilis. Neosalvarsan bei, Holland 244.
Zahnausfall b. Syphilitischen. Spontaner, Karvonen 79.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Alopezie. Varietät der syphilitischen, Baliña 221.
*Atrophia maculosa cutis luetica, Polland 193, *Nachtrag 353.
Dermatitis inf. syph. Sklerose d. Kapillaren. Chron. fibromatoide, Pili 501.
Follikuläres papulo-akneiformes Syphilid v. spinulösem Aussehen, Aja 523.
Gangrän d. Zehe inf. syphil. Endoarteriitis obliterans. Trockene, Grado 502.
— d. Fußes dch. syph. Arteriitis obliterans, Forns 502.
Gummata auf Salvarsan. Jarisch-Herxheimersche Reaktion der, Hitrowo 227.
*Hautgummata. In bzg. auf Sitz, Anzahl u. Volumen abnorme subkut. syphilitische, Fontana 145.
Melanodermia syphilitica. Pigmentsyphilid und, Covisa 502.
Nagelveränderungen bei Syphilis, Birger 75.
Onychia sicca luetica, Strandberg 75.
Pigmentsyphilid u. Melanodermia syphilitica, Covisa 502.
Sarkoide u. Syphilis, Pautrier 266.
Tubero-serpiginöses tert. Syphilid. Riecke 395.
Ulzeröser Syphilis. Neosalvarsan bei, Grado 523.
Ulzero-serpiginöses Syphilid gg. Neosalvarsan resistent, Baliña 221.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Adams-Stokesscher Symptomenkomplex syphilit. Ursprungs, Aja 505.
Arteriitis syph. cerebralis. Primäre Hemichorea infolge, Aja 82.
— obliterans. Gangrän des Fußes dch. syphilitische, Forns 502.
*Blutes b. latenter (erworb.) Syph. m. negativer Wasserm. Reaktion. Infektiosität des, Frühwald 513.
Endoarteriitis obliterans. Trockene Gangrän d. Zehe inf. syphilitischer, Grado 502.
Kapillaren. Chron. fibromatoide Dermatitis inf. syph. Sklerose der, Pili 501.
Kardiovaskulären Affektionen syphilit. Ursprungs. Salvarsan bei, Fulchiero 189.
Lymphangitischem Typus. Jarisch-Herxheimersche Reaktion von, Dufour 227, Dufour u. Thiers 228.
Myokarditis. Sekund. syphilitische, Covisa 503.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

Knochensyphilis, Raices 221.
Myositis cystica syph. d. Masseters, Aja 504.

I. Syphilis des Nervensystems.

Durakonus dch. syph. meningo-medull. Verwachsung. Verlegung des, Launois, Troin u. Ledoux 86.
Gehirnsyphilis. Salvarsan bei, Collins 203.
Geisteskranken Negern v. Alabama. Die Wasserm. Reakt. unter den, Ivey 39.
Hemichorea inf. Arteriitis syph. cerebralis. Primäre, Aja 82.
Liquor cerebrospinalis b. Syphilis. Methode der Untersuchg. des, Dreyfus 85.
— — Massive Koagulation des, Launois, Troin u. Ledoux 86.
— — u. Syphilis, Dind 86.
— — b. juveniler Paralyse. Infektiosität des, Marinesco u. Minea 86.
— — Einfluß d. Salv.-Bhdlg. auf den, Dind 86.
Liquordiagnostik d. Syphilis. Sero- und, Eicke 126.
Liquoruntersuchung f. d. Prognose v. isolierten syphilogenen Pupillenstörungen. Bedeutung der, Nonne 84.
Nervensystem b. Sekundärsyphilis. Spinalflüssigkeit und, Wile u. Stokes 578.

Digitized by Google

Nervensystems. Bhdlg. d. Syph. des, Gurari 133, Sachs, Strauss u. Kaliski 133.
— Salv. bei Syph. des, Iwaschenzoff 188 (Bis).
Nervosa u. therapeut. merkur. Nephritis. Syphilis, Aja 503.
Paralyse. Syphilitische, Bloom 272.
— Infektiosität des Liquor cerebrospin. b. juveniler, Marinesco u. Minea 86.
— Salvarsan b. progressiver, Roecke 189, Janský 248.
— u. Tabes. Syphilitikerserum bei, Bériel 136.
Paralytikern. Luetinreaktion bei, Benedek 61 (Bis).
Pupillenstörungen. Bedeutg. d. Liquoruntersuchg. f. d. Prognose v. isolierten syphilogenen, Nonne 84.
Spinalflüssigkeit. Weil-Kafkas Hämolysinreaktion in der, Boas 79.
— u. Nervensystem b. d. Sekundärsyphilis, Wile u. Stokes 578.
Tabes inf. Lepra, Petzoldt 304.
— b. Negern, Petzoldt 304.
— Antisyphilit. Bhdlg. bei, Plicque 134.
— dorsalis. Salv. bei, Iwaschenzoff 188.
— u. Paralyse. Syphilitikerserum bei, Bériel 136.
Tabiker. Pruritus der, Cordier u. Crémieu 427.
Zentralnervensystems. Kombinierte Lokal- u. Allgemeinbhdlg. d. Syph. des, Swift u. Ellis 133.
— Salvarsanserum b. Syph. des, Ogilvie 247.
Zerebrospinaler Syphilis. Salvarsanserum bei, Gradwohl 188.
Zerebrospinalis. Bhdlg. der Syphilis, Davis 270.
Zerebrospinalflüssigkeit. Fällungsreaktion m. glykochols. Na. bei, With 85.
— Herkunft d. luet. Reaktionskörpers in der, Spät 85.
— b. Syphilis, Ellis u. Swift 63, Engman, Bulman, Gorham u. Davis 64.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Augenlid. Primäraffekt am unteren, Petzoldt 304.
Konjunktiva bulbi. Syph. Schanker a. der, Mazo 217.
Millard-Gublersches Symptom b. nervösem Syph.-Rezidiv, Covisa 82.

L. Behandlung der Syphilis.

Abortivbehandlung d. Syphilis, Zürn 127, Frühwald 128, Lier 128, Kerl 128, Lapowski 129, Blumenfeld 129, Saphier 129.
Abortivbehandlung d. Syphilis b. Militär, Odstrčil 129.
— Rezidiv 3 Jahre nach scheinbar gelungener, Boas 417.
— der Syph. m. Kontraluesin, Klausner 128.
— mit Salvarsan, Müllern-Aspegren 76, 205.
Äthylhydrokuprein 248.
Antiluetin, Tsuzuki, Ichibagasse, Hagashi u. Htano 136.
Anwendungsweise der Medikamente b. Syphilis. Wichtigkeit der Dosen und der, Brocq 110.
Argulan, Stanziale 142.
Arsen + Hg + Ca b. Syphilis, Dreuw 164.
Arsenbehandlung. Rezidive d. Syph. nach, Audry 207.
Arsenpräparat gg. Syphilis. Galyl ein, Troisfontaines 165.
Arsenpräparate. Syphilis und, Bukovský u. Fiala 164.
Arsenquecksilberpräparate. Neue, Herzfeld 144.
Arsentherapie in Lyon. Drei Jahre antisyphilitische, Nicolas u. Moutot 267.
— b. Syphilis, Abraham 165.
Aurumkalium cyanatum b. Lues, Grünberg 135, Azua 371.
Badeorten. Einfluß d. modernen Syph.-Forschung a. d. Syph.-Bhdlg. in, Touton 110.
Behandlung d. Syphilis, Kennard 130, Sibley u. Camb 505.
— — — Grundfragen bei der, Blaschko 109.
— Fortschritte der Syphilis-, Lesser 110, Citron 110, 111, Bering 111.
— Gegenwtg. Stand d. Syphilis-, Pick 111.
— d. frischen Syphilis. Moderne, Bodländer 130.
— d. Syph. i. d. Frühstadien, Gibbard u. Harrison 130.
— — — Früh-, Sachs 131.
— d. malignen Syphilis, Morawetz 131.
— d. Syph. i. d. Hand d. prakt. Arztes. Diagnose und, Wagner 88.
— — — im Royal Naval Hosp. z. Chatham, Scott 130.
— — — Bedeutung d. quant. Wasserm. Reaktion f. die, Lesser 36.
— — — Wasserm. Reakt. und, Hecht 37, Grosz u. Volk 87.
— a. d. Wasserm. Reaktion. Einfluß der antisyphilitischen, Moreau 37.
Benzoas hydrargyricus b. Syphilis. Supermaximale Injekt. von, Ehlers 76, 139.

Digitized by Google

Dosen u. Anwendungsweise d. Medikamente b. Syphilis. Wichtigkeit der, Brocq 110.
*Embarin, Lier 29, *Roth 69, Sowade 139, Gappisch 140, Salomonski 140, Planner 140, Kobligk 140, Polland 141, Balban 141.
*— in der Privatpraxis, Thümmel 293.
Emi-Kur, Engelbreth 142.
Fettsäurejodester b. Syphilis, Gerbay 136.
Fibrolysin als Unterstützungsmittel antiluet. Bhdlg., Hausmann 131.
Galyl b. Syphilis, Troisfontaines 165, Abraham 165, Covisa 216.
Gold b. experim. Syphilis, Truffi 135.
Hochgebirge. Therapie d. Lues m. Lungentbc. im, Philippi 132.
Hydrargyri. Pulvis fluens, 337.
Hyrgol 206.
Intrakranielle Eingriffe bei parenchymatöser Syphilis, Campbell 134.
Jodostarin b. Lues, Bäumer 136.
Ionisierungstherapie b. vener. Erkrankungen, Connell 134.
Kalzium + As + Hg b. Syphilis, Dreuw 164.
Kombinationstherapie b. Syphilis. Morgenrothsche, Starke 248.
Kontraluesin z. Abortivbhdlg. d. Syphilis, Klausner 128.
*— Prakt. Bedeutg. des, Scharff 233.
Lipojodin, Roth 135.
Mergal b. Syphilis, Peters 142, 256.
— u. Wasserm. Reaktion, Gavini 142.
Merjodin, Horn 142.
Merlusan, Roth 141.
Natrium salicylicum 248.
Neosalvarsan b. Syphilis, Heidingsfeld 230, Nixon 231, Camerano 243, Fabry 243, Guthrie 244, Riempst 231, Seger 244.
— in der Praxis, Breuil 244.
— am Harlem Hospital, Fox 244.
Neosalvarsan u. Hg bei Syphilis, Panoff 160.
— u. Salvarsan b. Syphilis, Wadhams u. Hill 229, Jeanselme, Vernes u. Bloch 229, Arcangeli 230, Heidingsfeld 268, Stimpson 506, Corlett 229, Rühl 230.
— resistent. Ulzero-serpigin. Syphilid gegen, Baliña 221.
— b. ulzeröser Syphilis, Grado 523.
— b. viszeraler Syphilis, Holland 244.
— Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Neosalvarsan I—IV.
Öl. Todesfall dch. graues, Covisa 522, Aja 522.
Präventive Bhdlg. wg. Syphilis, Sandman 76.
Quecksilber b. Syphilis, Haslund 76.
— — — Intravenöse Bhdlg. mit, Kingsbury u. Bechet 139.
— — — Innerl. Darreichung von, Horn 142.
— frühbehandelten Syphilisfälle. Weitere Mitteilg. üb. den Verlauf der mit, Scherber 138.
— Heilung e. Syphilit. durch, Clark 138.
— u. Salv. b. Syphilis, Mirgel 143, Panoff 160, Boas 163, Scholtz u. Riebes 163, Scholtz 163, 164, 273, Schreiber 163, Zeissl 164.
— — — — — Gebrauch u. Mißbrauch von, Burrows 143.
— u. Neosalvarsan b. Syphilis, Panoff 160.
— + As + Ca b. Syphilis, Dreuw 164.
— in die Haarsubstanz. Übergang von, Strzyzowski 384.
Quecksilberarsenpräparate. Neue, Herzfeld 144.
*Quecksilbergleitpuder als Ersatz d. grauen Hg-Salbe, Unna 337.
Quecksilber-Glidine, Horn 142.
Quecksilberinhalation b. Syphilis, Engelbreth 142.
Quecksilberkuren u. ihre Verhütung. Gefahren der, Wolffenstein 137.
Quecksilbernukleinsaures Na bei Syphilis, Almkvist 79.
Quecksilberoxyzyanat 206.
Quecksilberpräparate. Neuere lösliche, Glouk 139.
*Quecksilbersalbe. Quecksilbergleitpuder als Ersatz der grauen, Unna 337.
Quecksilbertherapie. Jetzg. Stand der, Joseph 137.
— b. Syphilis. Befürwortung intensiverer, Zigler 137.
— — — Erhöhung der Verträglichkeit u. d. Wirksamkeit der, Bouveyron 137.
Salvarsan b. Syphilis 248, Verzár 203, Neisser 204, Jeanselme 205, Berger 189, Morris u. McCormac 190, Wechselmann 190, Heidingsfeld 191.
Salvarsantherapie d. Syph. verhalten? Wie soll sich der prakt. Arzt zur, Jadassohn 165.
Salvarsan. Häßlicher Feldzug gegen, Duhot 165.
— Prophylaxe d. Syph. durch, Jeanselme 189.
— Abortivbhdlg. mit, Müllern-Aspegren 76, 205.
— Technik der Sterilisation d. Syph. durch, Leredde 187.

Digitized by Google

Salvarsan bei Syphilis. Dauererfolge mit Montmollin 191.
— Bhdlgserfolge nach, Gennerich 206.
Salvarsaninjektion geheilt. Syph. dch. eine, Wolbarst 190.
Salvarsan. Reinfektion nach, Müllern-Aspegren 76, Ravaut 206.
— Rezidive nach, Ravaut 206, Heidingsfeld 206.
— u. Neosalvarsan b. Syphilis, Wadhams u. Hill 229, Jeanselme, Vernes u. Bloch 229, Arcangeli 230, Heidingsfeld 268, Stimpson 506, Corlett 229, Rühl 230.
— — — — — Mirgel 143, Panoff 160, Boas 163, Scholtz u. Riebes 163, Scholtz 163, 164, 273, Schreiber 163, Zeissl 164.
— u. Hg b. Syphilis. Gebrauch u. Mißbrauch von, Burrows 143.
— Intraven. Inj. v. Sublimat, Hyrgol, Quecksilberoxyzyanat u. Sublamin b. Rückfällen nach, Heidingsfeld 206.
— b. chirurg. Syphilis, Iwaschtschenko u. Lange 189.
— Jarisch-Herxheimersche Reaktion der Gummata auf, Hitrowo 227.
— b. kardiovaskul. Affekt. syph. Ursprungs, Fulchiero 189.
— b. Leukoplakia buccalis, Baer 417.
— b. Gehirnsyphilis, Collins 203.
— Hirndruckerhöhung b. Lues nach, Spiethoff 227.
— a. d. Liquor. Einfluß des, Dind 86.
— b. Syph. des Nervensystems, Iwaschenzoff 188 (Bis).
— b. progress. Paralyse, Roecke 189, Jansky 248.
— b. Tabes dorsalis, Iwaschenzoff 188.
Salvarsanserum b. zerebrospin. Syphilis, Gradwohl 188.
— b. Syph. d. Zentralnervensystems, Ogilvie 247.
Salvarsan: Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Salvarsan I—IV.
Schmierkur. Quecksilberresorption bei der, Boruttau 138.
Serum b. Tabes u. Paralyse. Syphilitiker-, Bériel 136.
Sublamin 206.
Sublimat 206.

II. Erbsyphilis.

Gummöse hered. Syph. a. e. Unterarm, Garibaldi 215.
Heredität u. kongenit. Syphilis. Syphilitische, Boardman 201.
Hereditaria tarda. Regionäre Syphilis, Aja 216.
Malaria m. Erbsyphilis. Chronische, Campana 215, 502.
Meningitis. Syphilis congenita mit, Almkvist 75.
Nodulogummosi wie polymorphe fibröse Hautknoten. Sifilodermi, Campana 215.
Profetasches Gesetz. Salv. und, Ravogli 166.
Salvarsan u. Profetasches Gesetz, Ravogli 166.
— a. kongenit. Syph. d. Fötus b. Bhdlg. d. Mutter. Klin. u. exper. Untersuchgn. üb. die Wirkg. des, Meyer 186.
— bhdlten. Luesfälle. Spät. Schicksal der im Kindesalter mit, Bókay 206.
Salvarsanbehandelte Mütter u. ihre Kinder, Wolf 167.
Salvarsanwirkung b. heredit. Syphilis. Wasserm. Reaktion u. therapeutische, Mensi 37.
Übertragung v. Syph. auf das Kind, 20 J. n. d. Infektion, Boas 76.
Wassermannsche Reaktion u. therap. Salvarsanwirkung b. hered. Syphilis, Mensi 37.
— — b. Neugeborenen u. Säuglingen, Roux 37.
— — u. Säuglingsfürsorge, Epstein 38.
— — b. d. Findelsäuglingen. Syphilis und, Rabinowitsch 38.
— — b. Kindern aus ärmeren Schichten, Elliott 38.

Syringadenoma papilliferum 65.
*Syringozystadenom. Fall von, Stümpke 362.

Tätowierungen, Grön 73.
— Entferng. von, Stern 428.
Talcum. Gebrauch von, Rille 360.
Taube s. Epithelioma contag.
Teer s. Steinkohlenteer.
Testis. Regenerationsvermögen des Rete, Kyrle 546.
*Thigan, ein neues Antigonorrhoikum, Chrzelitzer 305.
Thiosinamin 381.
Tierische Parasiten d. Menschen, Braun u. Seiffert 540.
Tierischen Parasiten. Abszeß dch. einen, Manthey 430.
*Tierhaut. Histopathologie der, Merian 409, 433, 454, 479, 493, 517.
Tinea tonsurans. Bhdlg. der, Foley 298.
— Afrikanische, Joeux 299.

Digitized by Google

Tona d. Pferde auf Samoa, Prowazek 304.
Tribadistischen Gattenmörderin. Psycholog. Studie an einer, Mc Murtrie 509.
Trichomykosis palmellina a. d. Philippinen. Ätiologie der, Schöbl 299.
Trichophytie. Immunität bei, Pecori 279.
— d. Kopfhaut. Neue Bhdlgsmethode der, Foley 298.
— Röntgenstrahlen bei, Emays-Jones 299.
Trichophytonpilze in Sassari, Barbaglia 370.
Trichotillomanie, Sutton 231.
Tripper, Orlowski 224.
— Verfügg. d. öst. Kriegsministeriums betreffs, 360.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
Tropicali. Il medico a bordo e nei paesi tropicali, Ribolla 420.
Tuberkulide, Moberg 78.
— Papulonekrotische, Sederholm 77.
— teils v. Aknitis-, teils v. Lupus erythem.-Typus, Müllern-Aspegren 77.
— b. m. Tuberkulin bhdltm. Lupus. Sukzessive lichenoide, Aja 81.
Tuberkulin bhdltm. Lupus. Sukzessive lichenoide Tuberkulide bei mit, Aja 81.
— Salvarsan u. Neosalv. bei, Jeanselme, Vernes u. Bloch 229.
Tuberkulose u. Psoriasis, Warnecke 276.
— Aurum-Kalium cyanatum bei, Schumacher 416.
— s. Blasen-, Genital-, Haut-, Hoden-, Nebenhoden-, Nieren-, Prostatatuberkulose. Genitalorgane, Genitalsystem, Harnapparat, Urintrakt.
Tuberculosis verrucosa cutis. Ähnlichkeit von Blastomykose und, Irvine 271.
— papillomatosa et sclerosa des Zungenrückens, Azua 503.
Tuberkoloidem Typus. Sporotrichose von, Ravogli 300.
*Tumor der Genitalgegend. Monströser, Grisson u. Delbanco 89.
Tumoren d. Sakralgegend. Bösartige, Heusner 355.
— Radium bei, Pellizzari 375.
— — — malignen, Sparmann 375.
— Kolloidales Selen bei malignen, Hölder 334.
— s. Blasen-, Fremdkörper-, Haut-, Penis-, Prostatatumoren.
Typhus. Erkrankgn. des Penis bei, Orsós 462.
Typhusgangrän. Cholera- und, Welcker 321.
Ulcus cruris. Bhdlg. des chemischen, Speirs 405.
— — Modifikat. d. Unnaschen Zinkleimverbandes bei, Priester 406.
— — chronicum. Radiumemanation bei, Saphier 406.
— gangraenosum vulvae, Marcus 74.
— molle d. Urethra u. d. Zeigefingers 126.
— — Salvarsan bei, Hoffmann 264.
— rodens, Moberg 77.
— — Wesen des, Adamson 336.
— — m. ungewöhnl. Lokalisation, Mc Intyce 336.
— s. variköses Ulcus.
Ulcera mollia et non venerea. Vorübergehende positive Wasserm. Reakt. bei, Guttmann 417.
— neurotica oris, Marcus 74.
*Ulcus molle-Infektion. Extragenitale, Klausner 537.
— — -Lokalisationen. Seltene, Pawlow 126.
Ultraviolettreaktion 419.
Ungeziefers im Felde. Prophylaxe u. Vertreibung des, Herxheimer u. Nathan 471.
Unterschenkelgeschwüre. Bhdlg. der, Ravogli 406.
— Bhdlg. der Krampfadern und der, Nordmann 404.
Uranoblen 216.
Ureteren. Totalexstirpation d. Harnblase u. Versorgung der, Cohn 511.
Ureterkatheterismus b. Blasen-Prostata-Perinealfistel. Doppelter, Cifuentes 373.
Urethra, Spalding 161.
— u. d. Zeigefingers. Ulcus molle der, 126.
— duplex. Bhdlg. der Blennorrhoe der, Karvonen 73.
— prostatica. Zysten der, Underhill 465.
Urethrae. Bifurcatio, Rietz 464.
Urethrale Plastik. Experim. Untersuchgn. über, Pinardi 469.
Urethritis posterior blennorrhagica. Klin. Untersuchgn. über die, Castañs 218.
— Chronische, Likes u. Schoenrich 464.
— Bhdlg. der chronischen, Steiner 464.
— bacterica u. postblennorrhoica. Lytinol bei, Pakascher 465.
— pneumococcica. Chronische, Colombino 465.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Urethroplastik m. Faszie, Silvestrini 469.
Urethroskop. Neues, MacGowan 443.

Digitized by Google

Urethroskopie b. chron. Blennorrhoe, Steiner 272.
Urethrotom. Neues, Bredin 468.
Urethrotomie. Retrourethrale zystoskop. Führg. b. d. äußeren, Sinclair 468.
Urins unter dem Schambogen b. Harnröhrenruptur. Ableitung des, Carlier u. Gérard 469.
Urinretention. Mechanismus der prostatischen, Keyes 566.
Urintraktes m. B. coli communis. Infektion des kindlichen, Thompson 445.
— Tbc. des, Evans 445.
Urinierens b. Frauen. Bedeutg. des häufigen, Peacock 162.
Urogenitaler Chirurgie. Heilg. d. verschied. Formen d. chron. Rheumatismus u. d. Arthritis deformans a. d. Wege, Fuller 407.
Urogenitalapparat s. Hetralin.
Urogenitalinfektion. Vakzineverwertg. bei, Barnett 274.
Urogenitalorganen. Neue diagnost. Methode z. Aufklärung v. Veränderg. a. d. weiblichen, Peterkin 507.
Urologie. Erfahrgn. aus der modernen, Kneise 443.
— v. s. d. Franzosen. Neue Btrge. zur, Zwick 506.
Urologische Mitteilungen, Mallory 508.
Urotropin i. d. Dermatologie, Sachs 459.
Urtikaria chronica, Sandman 78, Riecke 394.
— follicularis, Riecke 394.
— pigmentosa (abortiva), Marcus 74.

Vakzine v. Nicolle u. Blaizot 82.
— b. Komplikat. der Blennorrhoe, Seay 273.
— erfolglos b. Skleroma respiratorium, Mestscherski u. Grintschar 327.
— s. Diplokokken-, Gonokokkenvakzine.
Vakzinen b. Furunkulose. Auto-, Willmes 303.
Vakzineanwendung bei Blennorrhoe, Rost 416.
Vakzinetherapie d. chron. Furunkulose d. Haut, Messerschmidt 303.
Vakzineverwertung b. Urogenitalinfektion, Barnett 274.
Vakzinotherapie d. Blennorrhagie 82.
Varikozele. Neue Methode z. Operation der, Frank 543.
— Operat. Bhdlg. der, Istomin 549.
Varizen. Sapheno-femorale Anastomose bei, Hesse u. Schaack 404.
— b. varikös. Ulkus. Resektion der, Chazalnoel 405.
— s. Blasenvarizen.
Varikösen Ulzerationen. Käse bei, Williams 405.
— Ulkus dch. totale Resektion d. Varizen. Chirurg. Bhdlg. des, Chazalnoel 405.
Vas deferens. Anastomosierung des, Wheeler 542.
Vaselinoma scleroticum, Jacobi 421.
Venennaht. Pathol. Anatomie u. Histologie der, Hesse u. Schaack 404.
Venerischen Krankheiten ist leicht durchführbar. Anzeigepflicht bei, Merk 88.
— — Ionisierungstherapie bei, Connell 134.
— — in Australien. Prophylaxe der, Ham 297.
Vernix caseosa. Chem. Studium der, Jullien 268.
Verruca peruviana. Ätiologie von Oroyafieber und, Strong 322.
— — Histologie der, Rocha-Lima 323.
Verrucae planae, Riecke 394 (Bis).
Verumontanum. Radikalexstirpation des, Rytina 526.
Vulva s. Pruritus, Ulcus gangraenosum.

Wachstumsstriae, Riecke 394, 395 (Bis).
Warze. Überzählige, Riecke 394.
Wassermannsche Reaktion. Bleimeningitis und, Oettinger, Marie u. Baron 37.
— — b. Ulcera mollia et non venerea. Vorübergehende positive, Guttmann 417.
Wassermannschen Gruppe. Rezidivierende Mundaphthen als Krankheit der, Aja 81.
Weißfleckenkrankheit. Anormaler Fall von, Hazen 424.
— MacKee u. Wise 424, 579.
*Weizenstärke als Hautmittel u. ihr Ersatz, Unna 473.
Wollener Unterwäsche. Pilzerkrankg. d. Haut infolge, Isaac 300.

Xanthelasma, Policard u. Mangini 425.
Xanthelasmen. Lipoidinfiltration usw. und, Aschoff 383.
Xanthochromia palmo-plantaris b. Diabetes, Labbé 425.
Xanthoerythrodermia, Bering 420.
Xanthoms. Pathogenese des generalisierten, Sikemeier 382.
— s. Haut-, Pseudoxanthom.
Xanthomatöse Geschwülste, Arzt 398.
Xanthomzellen. Zytolog. u. histochem. Tatsachen über die, Policard u. Mangini 425.
Xeroderma pigmentosum, Moberg 78, Covisa 217, Nicolas, Massiá, Gaté u. Pillon 425.

Digitized by Google

Yohimbin a. d. Nieren. Wirkg. des, Christeller 264.

Zelleinschlüsse bei spitzen Kondylomen, Fiori 378, 379.
Zellteilung in kultivierter Haut u. Kornea, Kreibich 266.
Zellersche Pastenbehandlung, Lange 401.
Zinkleimverbandes b. Ulcus cruris. Modifik. des Unnaschen, Priester 406.
Zirkumzision als sanitäre Maßregel. Allgemein durchgeführte, Wolbarst 460.
Zonalismus, Vörner 265.
Zunge. Zirzinäre Eruption der, Alderson 384.
— s. Leukoplakie, Psoriasis, Tuberkulosis.
Zungenkarzinom b. Psoriasis linguae. Doppeltes, Borchard 276.
Zylindroma, Beurmann 420.
Zyste s. Dermoid-, Knorpel-, Schweißdrüsenzyste. Samenstrang.
Zysten d. Urethra prostatica, Underhill 465.
Zystis sebacea vortäuschend. Kankroid d. behaarten Kopfhaut eine, Zannini 439.
Zystenbildung in der Prostata m. epidermoidaler Auskleidung, Scheide 581.
Zystitis, Nelken 507.
— Bedeutg. d. häufigen Urinierens u. d. Tenesmus b. akuter, Heath 470.
— b. Weibe ist keine essentielle Erkrankung. Chronische, Smith 470.
— Bhdlg. d. chron. Koli-, Russ 471.
— Joddämpfe bei, Pascual 470.
Zystizerkus. Multipler, Müller 429.
Zystographie, Zuckerkandl 470.
Zystoskopie b. Blasenfisteln, Kubinyi 487.
Zystoskopische u. röntgenologische Befunde b. erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken, Trembur 444.
Zystoskopischen Unterricht. Erleichterung f. den, Meyer 442.
Zystozyms. Chem. Natur des, Fränkel u. Thiele 86.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Abbé, Robert, Die Anwendg. v. Radium b. Karzinom u. Sarkom 375.
Abraham, J. J., Arsentherapie b. Syphilis m. spez. Berücksichtgg. des „Galyl" 165.
— P. S. 80.
Abramson, Über multiple Leiomyome der Haut 380.
Adamson, H. G., Über das Wesen des Ulcus rodens 336.
Adler, Arthur, Ein Vorschlag z. Bhdlg. der Prostatahypertrophie 584.
Afzelius (Stockholm), Zur Frage von der Lokalisation der akuten strichförmigen Dermatosen 72.
— Fall zur Diagnose 76.
— Fall von Sarcoma idiopathicum (Kaposi) 77.
— Prämykotisches Stadium von Mykosis fungoides 77.
Agustina, Ramiro González, Akute Enzephalitis nach Neosalvarsan 523.
de Aja, E. Alvarez Sáinz, Sukzessive Schübe von lichenoiden Tuberkuliden (Lichen scrophulosorum) im Verl. eines mit Tuberkulin behandelten Lupus 81.
— Die rezidivierenden Mundaphthen als eine Krankheit der Wasserm. Gruppe; ihre Bhdlg. m. Neosalvarsan 81.
— Üb. einen Fall von primärer Hemichorea inf. Arteriitis syph. cerebralis 82.
— Bemerkenswerter Fall von regionärer Syphilis hered. tarda 216.
— Innerl. Bhdlg. des Erysipels mit Ammoniumkarbonat 217.
— Bhdlg. der Hauttuberkulose m. Aurum-Kaliumcyanatum 217.
— Bhdlg. des Lupus tuberculosus m. e. Modifikation der Payrschen Operation 218.
de Aja, E. Alvarez Sáinz, Intravenöse Neosalvarsaninjektionen 218.
— Die Provokationsprobe b. Syphilis 219.
— Bhdlg. des Lupus erythematosus m. Aurum-Kalium cyanatum 371.
— Lupus erythematosus der Mundschleimhaut 502.
— Behandlung der Impetigo 503.
— Syphilis nervosa u. therapeut. merkurielle Nephritis 503.
— Myositis cystica syphilit. des Masseters 504.
— Adams-Stokesscher Symptomenkomplex syphilit. Ursprungs 505.
— Zwei Todesfälle dch. graues Öl 522.
— Ein Fall von follikulärem papuloakneiformem Syphilid von spinulösem Aussehen a. d. Halse u. dem Stamme 523.
— u. Forns y Contera, M., Die Pasten von Dohi u. Joseph in der Dermatologie 522.
Alderson, Harry E., Dermatologische Kasuistik 384.
Alexander, Robert M., Dermatitis exfoliativa b. e. Geisteskranken; tödl. Ende 255.
Alexandrescu-Dersca, C., Ein neues Verfahren d. intraven. Salvarsaninjektionen 208.
— Über ein neues Verfahren der intraven. Neosalvarsaninjektion 246.
— s. Nanu-Mascel.
Allmann (Hamburg), Pseudohermaphroditismus masculinus externus 441.
— s. Ritter.
Almkvist, Johan, Fall von eigentümlichen Nävi 74.
— Fall von Naevus anaemicus (Vörner) 74.
— Fall zur Diagnose 74.
— Fall von Dermatitis herpetiformis 74.

Digitized by Google

Almkvist, Johan, Fall von Syphilis congenita mit Meningitis 75.
— Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum 75, 77.
— Von der Ausscheidung des Quecksilbers mit den Fäzes 78.
— Über die Anwendung v. Hg-nukleinsaurem Na bei Syphilis 79.
— Üb. die Bhdlg. der merkuriellen Stomatitis m. Salvarsan im Vergl. mit anderen Bhdlgs.-Methoden 39.
Alter (Lindenhaus), Zur Toxizität des Salvarsans 228.
Ammitzböll, J., Zur Bhdlg. des Erysipels 329.
Andersch, Eugen, Bauchdeckenfibrome d. Frau, Ätiologie, Diagnose, Prognose u. Therapie 382.
Anschütz, German, Vitale Färbung des Treponema pallidum; biologische Schlußfolgerungen 222.
— W., Üb. die Bhdlg. der Nebenhodentuberkulose 547.
Apolant, Hugo, u. Bierbaum, Über den Erfolg von Mäusekarzinomimpfungen auf Kaninchen 356; ferner 336.
Arcangeli, U., Salvarsan u. Neosalvarsan bei Lues 230.
Arneth, Über die Bhdlg. des Erysipels 328.
Arnold, George, Über Protoplasmafasern beim Epitheliom 353.
Aronstam, Noah E., Ein Btrg. zur Lehre vom Herpes progenitalis b. Manne 270.
Artadi, J., Eine Amme mit multiplen syphilitischen Schankern der Brustwarze dch. e. Erbsyphilitischen 523.
Arzt, Leopold, Zur Kenntnis der xanthomatösen Geschwülste 398.
— u. Zarzycki, St., Zur Meiostagminreaktion 378; ferner 40, 592.
Aschoff, A., Über die Lipoidinfiltration in den Kupfferschen Sternzellen u. in den Retikulumzellen der Milz, u. deren Beziehgn. z. d. Xanthelasmen 383.
Audry, Üb. die Rezidive der Syphilis nach Arsenbehandlung 207.
Ayres, Winfield, Ein Instrument z. direkten Applikation v. Radium auf Neubildungen der Blase 486.
de Azúa, Juan, Bhdlg. der akuten Blennorrhagie d. vord. Harnröhre 81.
— Reinfektion b. e. tertiären Syphilitiker m. positivem Wassermann 81.
— Monilethrix (Aplasia pilorum moniliformis) 82.
— Syphilis maligna praecox 216.
de Azúa, Juan, Multiple idiopath. Hautsarkomatose 336.
— Bhdlg. des Lupus tuberculosus, Lupus erythematosus u. d. Syphilis mit Aurum-Kalium cyanatum 371.
— Tuberculosis papillomatosa et sclerosa des Zungenrückens 503.
— Lupus tuberculosus partim exedens, non ulcerosus d. r. Wange. Rasche Heilung dch. Finsentherapie 504.
— Adenophlegmone d. Submaxillargegend 504.
— Papillom d. behaarten Kopfhaut dch. Radium geheilt 504.
— Lupus erythematosus generalisatus, teleangiectaticus im Gesicht u. a. d. Kopfe 505.
— Technik der intravenösen Neosalvarsaninjektionen 522.

Babcock, W. W., s. Jump.
Bach, Hugo, Anleitung u. Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe: „Künstliche Höhensonne" 524.
Bachmann, Robert A., Wie schafft man die Geschlechtskrankheiten aus der Welt? 184.
Baer, Th., Die Leukoplakia buccalis, ihre Pathogenese u. Bhdlg. mit Salvarsan 417.
Baeslack, F. W., Über die Sero-Enzym-Probe auf Syphilis 183.
— s. Varney.
Bäumer (Berlin), Erfahrgn. mit Jodostarin „Roche" b. d. Bhdlg. der Syphilis 136.
— Z. Bhdlg. des Pruritus cutaneus mit Ungt. Allantoin. comp. (Antiprurit) 427.
Balban, Wilhelm, Zur Syphilisbhdlg. mit Embarin 141.
Baldwin, J. F., Praecocitas adrenalis, vorzeitige Entwicklung der äußeren Genitalien im Gefolge von Hypernephroma der Nebennierenrinde 525.
Baliña, Pedro L., Ulzero-serpiginöses Syphilid der Eichel, gg. 4,65 Neosalvarsan resistent, dch. Quecksilber und Jod geheilt 221.
— Beobachtg. u. Besprechg. einer Varietät der syphilit. Alopezie 221.
Ballenger, E. G., u. Elder, Omar F., Leichte Methode der intraven. Anwendg. v. Salvarsan u. Neosalvarsan 207.
— — Weiches Gewächs der Harnblase 526.
Balzarek, Alfred, Z. Kenntnis des diagnost. Wertes der v. Dungernschen Modifik. d. Wasserm. Reakt. im Ver-

Digitized by Google

gleich m. dem der Wasserm. Originalmethode 55.
Bancalari, Carlos Alberto, Salvarsan und Charlatanerie 222.
Bang, M. Henrik, u. With, M. Carl, Untersuchgn. üb. die Hermann-Perutzsche Präzipitinreaktion m. Natrium glycocholicum, spez. v. Standpunkt d. Syphilisdiagnose 86.
Bangs, Bolton, Besserung v. Blasennarben dch. Fulguration 488.
Barbaglia, Vittorio, Btrg. z. Studium der Acariasis felina b. Menschen 214.
— Die Trichophytonpilze in der Provinz Sassari 370.
Barillatti, Juan, s. Ragusin.
Barnett, Char. E., Die Frage der Vakzineverwertung b. Urogenitalinfektion 274.
Barney, J. Dellinger, s. Cabot.
Baron s. Oettinger.
Barques, A., s. Dubreuilh.
Bauer, Richard, u. von Nyiri, Wilhelm, Klin. Bedeutg. der neueren Methoden der Nierenfunktionsprüfung 457.
Bauereisen, A., Ein seltener Parasit der Harnblase des Weibes 482.
Bayet, A., Die Grenzen der Radiumtherapie f. den tiefliegenden Krebs nach dem heutigen Stande der Wissenschaft 376.
Beates, H., s. Jump.
Beattie, J. M., s. Nutt.
Bechet, Paul E., s. Kingsbury.
Beck, K., Neuere Btrge. z. Kenntnis des Erythema mycoticum infantile 301.
Beer, Edwin, Adenom der Prostata 581.
Bégouin (Bordeaux), Zwei Fälle von Lymphosarkom d. Halses 403.
Behrend, M., Die Nachbehandlung nach chirurg. Eingriffen 127.
Beifeld, A. F., s. Elliott.
Bellini, Angelo, Dyskeratoma naevicum (Psorospermosis follicularis vegetans Darier) 214.
Bellmann, Arno 40.
Benda, C., Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus (Pseudarrhenie) 441.
Bender u. Vaudescal, 3 Fälle von Pagetscher Krankheit der Brustwarze 334.
Bendig (Stuttgart), Zur ärztl. Fürsorge der jugendl. Prostituierten 298.
Benedek, L., Üb. Hautreaktionen mit Noguchis Luetin b. Paralytikern 61 (Bis).
Berger, F., Weitere statist. u. klin. Beobachtgn. i. d. Salvarsantherapie der Syphilis 189.
— Kombinierte Jodtinktur-Ichthyolbhdlg. der Furunkulose 303.
Berglund, V., Zur Bhdlg. des Erysipels 329.
Bergmann, Anton, Ein weiterer Fall operativ geheilter Noma 332.
Bériel (Lyon), Versuche der Tabes- u. Paralysebehandlung m. Injekt. v. Syphilitikerserum 136.
Bering, Fr., Üb. die Fortschritte i. d. Bhdlg. der Syphilis 111.
— Xanthoerythrodermia 420.
Bernay, A., s. Bernay, M.
— M., u. Bernay, A., Der Bottini in der Bhdlg. der Prostatahypertrophie 584.
Bertein, P., Btrg. z. Studium der „formes frustes" der Recklinghausenschen Krankheit 382.
Bettencourt, Nicol., Über ein Mittel, um gewisse Störgn. b. d. Wasserm. Reaktion auszuschalten. Die Absorption d. hämolyt. Ambozeptoren 52.
de Beurmann, Zylindroma 420.
Bichler, Hugo, Zur Kasuistik des Röntgenkarzinoms 359.
Bieck (Marburg), Die physikalische Bhdlg. der Vorsteherdrüsenentzündung 583.
Bierbaum (Frankfurt) s. Apolant.
Birger, Fall von Nagelveränderungen bei Syphilis 75.
Birt, C., Eine einfache Modifik. der Wasserm. Reaktion 54.
van Bisselick, J. W., Eine neue Methode z. Nachbhdlg. der Prostatektomie 588.
Bitter, L., Ein brauchbarer, leicht zu beschaffender Organextrakt zur Anstellung der Wasserm. Reaktion 53.
Blaschko, A., Üb. einige Grundfragen b. d. Bhdlg. der Syphilis 109; ferner 592.
Bloch, Iwan 432.
— Marcel, s. Jeanselme.
— Oscar E., Über Nierenverletzungen 159.
Block, Felix, Über pathologische Harnblasenrupturen 511.
Bloom, J. N., Die Klinik der Syphilis im Lichte der Entdeckungen des 20. Jahrhunderts 180.
— Bericht eines Falles von syphilit. Paralyse 272.
Blouquier de Claret s. Vedel.
Blum, Victor 144.
Blumenfeld, Anton, Üb. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 208.
— Zur Abortivbhdlg. der Syphilis 129.

Digitized by Google

Blumenthal, Ferdinand, Scheinbarer Erfolg b. e. Krebsgeschwulst dch. Kombination d. Atoxyl- u. Strahlentherapie 360.
— Franz, Zur Frage der Verschärfung d. Wasserm. Reaktion 51.
Boardman, William P., Syphilitische Heredität u. kongenitale Syphilis 201.
Boas, Harald, Der Einfluß der Temperatur a. d. Komplementbindg. b. d. Wasserm. Reaktion 76.
— Ein Fall von Syphilis von der Mutter auf das Kind 20 Jahre n. d. Infektion übertragen 76.
— Weil-Kafkas Hämolysinreaktion i. d. Spinalflüssigkeit 79.
— Weitere Ergebnisse der Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan u. Quecksilber 163.
— Ein Fall von Rezidiv von Syphilis drei Jahre nach e. scheinbar gelungenen Abortivbhdlg. bei ganz frischer sekund. Syphilis 417.
— s. Leschly.
Bodin, E., Hygiene u. Syphilis 88.
Bodländer, Fritz, Z. Frage der modernen Bhdlg. d. frischen Syphilis 130.
*Boeck, C., Fall von tödlicher Resorzinvergiftung b. äußerl. Anwendg. des Mittels 449.
Boerner, Rudolf, u. Santos, Carlos, Üb. eine neue Art v. Elektroden z. Bhdlg. der Blennorrhoe mittels Diathermie 457.
Du Bois, Ch., Histologische Studie einer Lentigo 267.
Bókay, J., Über das spätere Schicksal der im Kindesalter mit Salvarsan behandelten Luesfälle 206.
Bolognesi, G., Experimentelle Knochensporotrichose 300.
Bonner, W. D., Akute, dch. den Bac. coli communis bedingte Epididymo-Orchitis 547.
Bonnet, L. M., Physiologische Pigmentierung der Schleimhaut 396.
Borchard, Doppeltes Zungenkarzinom b. Psoriasis linguae 276.
Bordier, H., Bhdlg. des Rhinophymas mit Elektrolyse 326 (Bis).
Boruttau, H., Zur Quecksilberresorption b. d. Schmierkur 138.
*Bosellini, P. L., Üb. einen Fall von Erythema induratum Bazin 41.
Botteselle, G., s. Mattirolo.
Bouveyron, Erhöhung der Verträglichkeit u. der Wirksamkeit der Quecksilberbhdlg. bei Syphilis 137.
Brabec, V., Zur Kasuistik der Nävi 438.
Bräutigam, Fr., Die Hermann-Perutzsche Reaktion im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion 55.
Brault, J., Zwei Fälle von Epitheliom der Unterlippe b. eingeborenen Frauen 354.
— u. Montpellier, J., Syphilitischer Schanker der Harnröhre und Blennorrhagie 372.
— — Lokalisation des Phthirius pubis a. d. behaarten Kopfhaut des Erwachsenen 430.
Braun, Max, u. Seiffert, Otto, Die tierischen Parasiten des Menschen, die von ihnen hervorgerufenen Erkrankungen u. ihre Heilung 540.
Bredin, W. W., Ein neues Urethrotom 468.
Brelet, Bhdlg. des Milzbrandes mit Pyozyanein 302.
Breuil (Troyes), Neosalvarsan in der Praxis 244.
Brind, Z., Ein Fall von Riesenwuchs m. Atrophie der Geschlechtsorgane 442.
Brocq, L., Wichtigkeit der Dosen u. der Anwendungsweise der Medikamente b. Syphilis 110.
— Pruritus und Hautreaktionen 425.
Brodfeld, Eugen, Über Sterilität des Mannes 541.
Bruck, C., Zur Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten im Felde 408.
Bruner, Naevus anaemicus 421.
Brunner, Anton, Alkalisierung der Gewebe bei diabet. Furunkulose 424.
Bruusgaard, E., Von der akuten disseminierten Hauttuberkulose im Kindesalter 73.
Buberl, L., Zur Salvarsanbhdlg. des Milzbrandkarbunkels 302.
Bürger, Ludwig 40.
Bugbee, Henry G., Weitere Beobachtgn. üb. den Wert der Hochfrequenzentladung z. Besserg. prostatischer Obstruktion in ausgewählten Fällen 583.
Buhman, Rudolph, s. Engman.
Bukovsky, J., u. Fiala, K., Syphilis u. Arsenpräparate 164.
Bulyoloszky, J., u. Mattyasovszky, B., Die Anwendg. des Kadogels in der Therapie des Ekzems 252.
Burnier, R., Klinische Diagnose d. Alopezien b. Kinde 422.
Burrows, E. C., Gebrauch u. Mißbrauch von Salvarsan u. Quecksilber bei Syphilis 142.
*Buschke, A., Üb. den Einfluß d. Lichtes auf das Leukoderma psoriaticum 489.
— Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde 528.

Digitized by Google

Busson, Kirschbaum u. Staniek, Üb. einen Befund von Diplococcus lanceolatus in Pemphigusblasen 278.

Cabot, Hugh, u. Barney, J. Dellinger, Die operative Bhdlg. der Genitaltuberkulose, deren Indikationen u. Technik 446.
Camb, B. C., s. Sibley.
Camerano, A., Btrg. z. Bhdlg. der Lues hauptsächlich mit Neosalvarsan 243.
Cammermeyer, Joh., Ein Fall von Dracunculosis medinensis 429.
Campana, Roberto, Sifilodermi nodulogummosi wie polymorphe fibröse Hautknoten 215.
— Üb. die Kombination von chron. Malaria m. Erbsyphilis bei Kindern 215.
— Nochmals die Erbsyphilis unter d. Bilde der Malaria 502.
Campbell, C. L., Ein Fall von Elefantiasis 509.
— H., Die Bhdlg. der parenchymatösen Syphilis mittels intrakranieller Eingriffe 134.
Carbono, D., u. Nizzi, F., Untersuchgn. üb. die Beziehgn. zw. d. Cholesterin u. der Wasserm. Reaktion 56.
Carlier, V., u. Gérard, Maurice, Die Ableitung des Urins unter dem Schambogen b. Rupturen der Harnröhre 469.
Carmichael, Norman S., Elefantiasis neuromatosa 439.
Carraro, Nicola, Tragbare Lichtquelle f. endoskop. Instrumente 39.
— Die Lokalanästhesie in der Urologie 446.
Castañs, E., Klin. Untersuchgn. üb. die Urethritis posterior blennorrhagica 218.
Castorina, R., Eine sonderbare therapeut. Wirkungslosigkeit des Quecksilbers 138.
Cattle, C. H., Eine seltene Form von Lichen ruber planus 277.
La Cava, Francesco, Über Häufigkeit, Verbreitg. u. Symptome der Leishmaniose d. Haut u. d. Schleimhäute in Unteritalien (äußerliche Leishmaniose) 321.
Cealic, M., Einige Fälle blennorrhagischer Komplikationen, erfolgreich mit Meningokokkenserum behandelt 373.
Cebrián, Duhringsche Dermatitis. Psoriasis mit Enesol geheilt 523.
Cederbaum, Leo, Zur Ätiologie u. Klinik der Dermoide u. kongenitalen Epidermoide 438.
Cedercreutz, Axel, Noguchis Luetinreaktion 62.
Champel, Dermoidzyste der Leistengegend 439.
Chazalnoel, Chirurg. Bhdlg. des varikösen Ulkus dch. totale Resektion der Varizen 405.
Chetwood, Charles H., Moderne Technik b. Harnröhrenstrikturen 467.
— Dränage der Blase nach suprapub. Operation 526.
Chilaiditi, D., Weitere Btrge. z. Bhdlg. der Hypertrichose m. Röntgenstrahlen 431.
— Dauernde Epilation dch. Röntgenstrahlen ohne Schädigung d. Haut 432.
Chimisso, L., Üb. die kutanen Erscheingn. bei Malaria, mit bes. Berücksichtgg. einer Form von Ekthyma 330.
Choltzoff, Wert der Ambardschen Konstante als Indikator f. d. physiologische Nierenfunktion 83.
Christeller, E., Üb. die Wirkung des Yohimbin-„Spiegel" a. d. Nieren 264.
*Chrzelitzer, W., Thigan, ein neues Antigonorrhoikum 305.
Cifuentes, P., Blasen-Prostata-Perinealfistel mit doppeltem Ureterenkatheterismus zwecks Urinderivation behandelt 373.
Citron, Julius, Die Fortschritte der Syphilistherapie 110, 111.
Claiborne, Herbert, Hypertrichosis b. Frauen 431.
Clark, A. Schuyler, Radiumtherapie der Hautepitheliome m. Einzel- oder Massivdosen 402.
— J. Bayard, Heilung eines Syphilitischen durch Quecksilber 138.
Clarke, K. B., s. Woodward.
Clausz, M., Diagnostische Versuche mit Luetin-Noguchi 87.
Cockin, R. P., Die Bhdlg. der Framboësie dch. die intramusk. Injekt. von Salvarsan 323.
Coenen, H., Handkrebs als Spätfolge einer Kriegswunde? 401.
Cohn, Max, Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane 443.
— Paul, Gibt es eine Disposition zur Lues? 296.
— Salo, Zur Totalexstirpation der Harnblase u. Versorgung der Ureteren 511.
— Theodor 64.
Collins, Joseph, Salvarsan, eine wirksame Bhdlg. v. Gehirnsymptomen, die von Syphilis abhängen 203.
Colombino, S., Chronische Urethritis pneumococcica 465.
— Die Abderhaldensche Reaktion im Blute der Prostatiker 565.
Colombo, Gian Luigi, Generalisierte Kaninchensyphilis 213.

Digitized by Google

Comin, Jorge, Orchiepididymitis der Kinder 547.
Connell, R., Verwendung der Ionisierungstherapie b. d. Bhdlg. gewisser vener. Erkrankungen 134.
Copelli, Mario, Btrg. z. Kenntnis der Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi) 500.
Cordier, V., u. Crémieu, R., Pruritus der Tabiker 427.
Corlett, William Thomas, Erfahrgn. mit Salvarsan u. Neosalvarsan in zweiundeinhalb Jahren 229.
Corner, E. M., Weitere Erfahrgn. in bezug a. d. Bhdlg. des retinierten Testikels 545.
Cornet, Georg 432.
Covisa, José S., Syphilis der Lunge 81.
— Nervöses Syphilisrezidiv. Millard-Gublersches Symptom 82.
— Bhdlg. der Syphilis mit Galyl 216.
— Diagnost. Wert der Wasserm. Reaktion b. übersehener Syphilis 217.
— Xeroderma pigmentosum. Epitheliom m. Radium geheilt 217.
— Syphilit. Schanker des Nabels 218.
— Reinfectio syphilitica 219.
— Aurum-Kalium cyanatum in der Dermatologie 371.
— Das sogenannte Pigmentsyphilid u. die Melanodermia syphilitica 502.
— Sekundäre syphilitische Myokarditis 503.
— Zirzinärer Lichen Wilson. Beträchtliche Resistenz gg. Arsentherapie 504.
— Primäre infektiöse Purpura mit Gangrän 504.
— Üb. einen Todesfall dch. graues Öl 522.
Crackett, Frank, Ein Brief aus London 510.
Crémieu, R., s. Cordier.
Crispin, Antonio M., Argyrie n. d. Gebrauch von Kollargol 428.
Crow, D. A., Ein Fall von Schornsteinfegerkrebs u. ein Erklärungsversuch zur Pathologie der Karzinosis 358.
Csillag, J., Ferrum sesquichloratum in der Therapie des subakuten u. chron. nässenden Ekzems 251.
Cumston, Charles Greene, Die Bhdlg. der traumatischen Harnröhrenruptur 469.
Cunningham, W. B., Hartnäckiger Pruritus ani 427.
v. Czyhlarz, Ernst, Üb. anämisches Erysipel 328.

Dabney, H. 182.
— Samuel G., Über syphilitische Pharyngitis unter Mitteilg. von zwei Fällen 185.
Dabs, J., Die stenosierende Atrophie der Prostata 567.
Darier, J., Über Nävokarzinome 358.
Darling, Byron C., s. Pedersen.
Davis, Benjamin Franklin, Paraffinkrebs; Teer- u. Petroleumprodukte als Ursachen d. chron. Reizung u. des Krebses 401.
— R. Hayes, Üb. die Bhdlg. der Syphilis cerebrospinalis 270.
— s. Engman.
Degrais u. Pasteau, Die Bhdlg. der Prostatatumoren dch. das Radium 580.
Delbanco, E., s. Grisson.
Delzotti, Michele, Experimentelle Stase u. experim. Ödem bei einigen Dermopathien 501.
Dermody, L. A. u. Mc Martin, C., Ein Fall von Sporotrichosis 300.
Desneux, J., Kutireaktion m. Luetin (Noguchi) bei Syphilis 60, 63.
Dialti, Giulio, Hämaturie dch. Blasenvarizen 487.
Dieffenbach, William H., Radium b. d. Bhdlg. des Krebses 375
Dietrich, A., Üb. beginnenden Paget-Krebs u. über Ekzem bei Karzinom der Mamma 402.
Dind, Liquor cerebrospinalis und Syphilis. Einfluß der Salvarsanbehandlung 86.
Doberauer, Gustav, Über subkutane Blasenruptur 511.
Dominguez, Francisco, Ein Fall von Sporotrichosis mit multipler Lokalisation 300.
Dorrance, George Morris, Die transversale Inzision bei Skrotumoperationen 527.
Dreuw, Wilhelm, Die moderne Untersuchung der Prostituierten 161.
— Die Bhdlg. d. Syphilis mit Hg + As + Ca 164.
— Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq) 422.
Dreyfus, Georges L., Die Methode der Untersuchg. des Liquor cerebrospinalis bei Syphilis 85.
Drucker, Viktor, Üb. Hetralin b. Infektionen des Urogenitalapparates 458.
Dubois, Paul, Was soll man von der Kutireaktion d. Syphilis halten? 58.
— -Havenith, Ein Fall von Akanthosis nigricans 397.
Dubreuilh, William, Die Insolation 223.
— Die Rolle des Lichtes i. d. Ätiologie des Hautepithelioms 354.
— u. Barques, A., Die Lepra der Bibel 419.

Digitized by Google

Dünkeloh, Zur Heilung der angeborenen Harnblasen- und Harnröhrenspalte 487.
*v. Düring, E., Zur Frage der Bekämpfg. der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten 575; ferner 552.
Dufour, Herxheimersche Reaktion m. lymphangitischer Form 227.
— u. Thiers, Herxheimersche Reaktion von lymphangit. Typus 228.
Dufourt, A., s. Weill, E.
Duhot, Ein häßlicher Feldzug gg. das Salvarsan 165.
Duroeux s. Lévy-Bing.
Dyer, Isadore, Diagnose u. Bhdlg. des Pruritus 426.

*Ebstein, Erich, Über im Berufe erworbene Schleimbeutelerkrankungen 569.
— u. Günther, Hans, Klinische Beobachtungen über Albinismus 438.
Edinger, L., Über phlebogene Schmerzen 404.
Ehlers (Kopenhagen), Supermaximale Injekt. von Benzoas hydrargyricus z. Bhdlg. von Syphilis 76, 139.
Ehrlich, Moriz 408.
— Paul, Abhandlungen über Salvarsan IV 31.
Ehrmann, Salomon 40. 568.
Eichmüller, G., Neue Erfahrgn. üb. die Lepra in Tunis 419.
Eicke, H., Zur Sero- und Liquordiagnostik d. Syphilis 126.
Elder, Omar F., s. Ballenger.
Elliott, C. A. u. Beifeld, A. F., Universelle Neurofibromatose (von Recklinghausensche Krankheit) 398.
— Will, Wasserm. Reaktion b. Kindern aus ärmeren Schichten 38.
Ellis, A. W. M., s. Swift
Emays-Jones, F., Bericht üb. 200 Fälle von Trichophytie, welche mit Röntgenstrahlen behandelt wurden 299.
Embleton, D., s. Thiele.
Engelbreth, C., Die „Emi-Kur". Die Resultate der Syphilis-Bhdlg. mit Hg-Inhalation 142.
Engelsted, Sophus 40, 366.
Englisch, Josef 112, 512.
Engman, M. F., Buhman, Rudolph, Gorham, F. D. u. Davis, R. H., Eine Studie üb. die Spinalflüssigkeit von hundert Syphilisfällen, einschließl. Untersuchgn. auf Arsen n. intraven. Anwendg. v. Neosalvarsan 64.
Epstein, Alois, Üb. die Bedeutg. der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge 38.
Erlichówna, Marta, Pityriasis rosea Gibert m. gleichzeitg. Entstellung der Finger (Echobrachydaktylie) 255.
Evans, J. H., Ein klin. Vortrag üb. Tuberkulose des Urintraktus 445.

Fabry, Johann, Erfahrgn. üb. Neosalvarsanbhdlg. der Syphilis 243.
— Über einen Fall von Angiokeratoma circumscriptum am linken Oberschenkel 416.
Faginoli, A. u. Fisichella, V., Üb. die Kutanreaktion von Noguchi b. Syphilis 60.
— — Weitere Beobachtgn. üb. die Intrakutanreaktion m. d. Luetin v. Noguchi 63.
Faragó, K., Hodenveränderungen b. d. akuten u. chron. Infektionskrankheiten des Kindesalters 543.
Dalla Favera, G. B., Zur Kenntnis der sog. Hautblastomykose 213.
Fiala, K., s. Bukovsky.
Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg 192; ferner 208. 568.
Fiori, Paolo, Üb. einen bes. Befund von Zelleinschlüssen bei spitzen Kondylomen. 378, 379.
*Fischer, Adolf, Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel (Syringadenoma papilliferum) 65.
Fisher, C., Epitheliom der Lider 403.
— M. K., Die Röntgenbestrahlg des Ekzems 254.
Fisichella, V., s. Faginoli.
Flesch, Max, Btrg. z. Kenntnis der Hodeneinklemmung 544.
Foley, C. H., Eine neue Bhdlgsmethode bei Trichophytie der Kopfhaut 298.
— Die Bhdlg. von Tinea tonsurans 298.
*Fontana, Artur, In bezug auf Sitz, Anzahl u. Volumen abnorme subkut. syphilit. Hautgummata 145.
Formiggini, Benedetto, Btrg. z. Studium der Zysten des Funiculus spermaticus bindegeweblichen Ursprungs 542.
Forns y Contera, M., Gangrän d. Fußes dch. syphilit. Arteriitis obliterans 502.
— Superinfektion b. e. Tertiärsyphilitischen 504.
— Phagedänische venerische Schanker des Anus und der Interglutäalfurche 523.
— s. Aja.
Foster, G. B., Die Noguchische Luetinreaktion b. d. Syphilis 62.
— Milton H., Favus u. Herpes tonsurans der Fingernägel 299.
Fournier, Alfred 144, 168, 368.

Digitized by Google

Fox, H., Erfahrgn. mit Neosalvarsan am Harlem-Hospital 244.
Fraenkel, P., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus 441.
Fränkel, E. u. Thiele, F., Üb. die Gerinnungshemmung dch. Luessera (Hirschfeld u. Klinger) u. die chem. Natur des Zytozyms 86.
Fraenkel, O., Über Gasgangrän 332.
Fragola, Geroderma genito-dystrophicum 425.
Franceschini, Giovanni, Die neuesten Untersuchgn. üb. die syphilit. Natur alltägl. Krankheiten 369.
de Francisco, Giacomo, Sectio alta und ein neues Verfahren für Blasennaht 526.
Frank, Ernst R. W., Wichtigkeit von Pankreaserkrankungen in der Chirurgie der Harnwege 372.
— Hyperämiebhdlg. b. entzündl. infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen 447.
— Richard, Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jod-Sterolin 144.
— Eine neue Methode zur Operation der Varikozele 543.
Franke (Heidelberg), Üb. einige Fälle von Gasphlegmonen 332.
Frattin, Giuseppe, Beitrag zur Kenntnis der Schweißdrüsenadenome 399.
Frescoln, Leonard D., s. Knowles.
Freund, Leopold, Die Bestrahlungs- und chirurg. Bhdlg. maligner Neubildungen 333; ferner 112, 280.
Freyer, P. J., Ein Vortrag über Prostatakarzinom 582.
Freytag, Gustav 40.
Fried, Technik der Furunkelbehandlung — zugleich meine eigene Krankengeschichte 304.
Friedenthal, Hans 336.
Friedländer, Wilhelm, Über Röntgenbhdlg. bei Nebenhodentuberkulose 548.
Friedmann, L., s. Nanu-Mascel.
*Frühwald, Richard, Zwei Fälle von ungewöhnl. schwerer Syphilis der Nase u. des Gaumens 1.
— Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis 128.
— Über konzentrierte intravenöse Neosalvarsaninjektionen 242.
— Pemphigus vegetans 437.
*— Über Infektiosität des Blutes bei latenter (erworbener) Syphilis mit negativer Wassermannscher Reaktion 513.
Fuchs, H., Überleitungsstörung im Verf. der Salvarsanbhdlg. b. e. Patienten mit später Sekundärlues 227.
Fürth, Julius, Über Soldatendermatosen 550.
Fulchiero, Das Salvarsan b. d. kardiovaskulären Affektionen syphilit. Ursprungs 189.
Fuller, E., Die Heilung d. verschiedenen Formen d. chron. Rheumatismus u. d. Arthritis deformans a. d. Wege urogenitaler Chirurgie 407.

Gáldonyi, Nikolaus, Der Furunkel und Aufritt u. ihre Bhdlg. mit „Furunkulin" 303.
Galewsky, Eugen 336.
Gallois u. Japiot, Voluminöse Narbenkeloide: Besserung dch. Skarifikationen u. Radiotherapie 381.
Galloway, J. 80.
Gappisch, Anton, Üb. die Bhdlg. der Syphilis mit Embarin 140.
Garibaldi, G., Fall von schwerer gummöser Syphilis, nur auf einen Unterarm lokalisiert 215.
Gaté, J., s. Nicolas.
Gavini, G., Die Kutireaktion d. Syphilis. Versuche m. d. Luetin Noguchis 60.
— Üb. das interne Antiluetikum Mergal u. seinen Einfluß a. d. Wasserm. Reaktion 142.
Gaymard, Operative Bhdlg. der iliakalen Drüsenentzündung b. weichem Schanker 325.
Gennerich (Kiel), Nachtrag z. d. Behandlungserfolgen nach Salvarsanbehandlung 206.
— Zur Technik der endolumbalen Salvarsanbehandlung 225.
Gérard, Maurice, s. Carlier.
Gerbay, Üb. die Wirkg. der Fettsäurejodester b. d. Syphilis 136.
Gerber, Die Syphilis der Unschuldigen 420.
de Géry, P. Chastenet, Chirurg. Bhdlg. des inveterierten Pruritus ani 427.
Ghezzi, C., Üb. das wahre laterale Blasendivertikel 487.
Gibbard, T. W., u. Harrison, L. W., Die Bhdlg. der Syphilis in den Frühstadien 130.
Gieseler, Rudolf 40.
Gilford, H., Üb. das Wesen des Greisenalters u. der Karzinosis 355.
Gilmour, A. J., Ein Fall von Sklerodermie 423.
Gimenez, Angel M., Prostitution u. Geschlechtskrankheiten 221.
Giroux s. Mathieu.
Giorgis, G., Untersuchgn. üb. die Hermann-Perutzsche Reaktion 55.

Digitized by Google

Girsdansky, Joseph, Neosalvarsan in konzentrierter Lösung 246.
Glaesmer, Erna, Das Strahlenkarzinom 359.
Glaser, F., Erysipelas kontra Nephritis 328.
Glingar, A., Üb. die Befreiung der Truppen von Kleiderläusen. Der Eisenbahnzug als Desinfektionszug 430.
Glouk, M., Therapeut. Erfahrgn. m. einigen neueren, löslichen Quecksilberpräparaten 139.
Gocht, Hermann, Handbuch der Röntgenlehre 242.
Götzl, A., Die Tuberkulose der Prostata 582.
— s. Hada.
Goodman, A. L., Tuberkulose des Hodens 546.
Gorham, F. D., s. Engman.
Gougerot, Bhdlg. des akuten Ekzems 251.
— Symptome, Diagnose u. Therapie der Psoriasis 256.
Gowers, William Richard 592.
de Grado, J. Sanz, Trockene Gangrän d. linken großen Zehe inf. syphilit. Endoarteriitis obliterans 502.
— Ulzeröse Syphilis mit Neosalvarsan behandelt 523.
Gradwohl, R. B. H., Bhdlg. der zerebrospinalen Syphilis m. Salvarsanserum 188.
Graetz, Fr., Zur Frage des verfeinerten Wassermann mit bes. Berücksichtgg. der sog. paradoxen Sera 50.
Grandjean, E., Ätiologische Betrachtgn. üb. e. Fall von „Sklerodermie der Hände" 424.
Grassberger, Mathilde, u. Grassberger, Roland, Ein laussicheres Übergewand 430.
Grassberger, Roland, s. Grassberger, Mathilde.
Graziella-Schneid Huber, Thea, Das Mädchenschutzhaus in Berlin, das erste Observationshaus für gefährdete Mädchen 458.
Greco, Nicolás V., s. Sommer, B.
Grenier, M., s. Tanton.
Grinenko, A. P., Zur Frage der totalen Entfernung der Prostata b. d. sog. Hypertrophie 587.
Grintschar, F., s. Mestscherski.
Grön, K., Die Kutireaktion Noguchis b. d. Syphilis dch. Luetin 63.
— Über Tätowierungen 73.
*Grisson u. Delbanco, E., Monströser Tumor der Genitalgegend 89.
Grosz, Siegfried, u. Volk, Richard, Syphilistherapie u. Wasserm. Reaktion 87; ferner 112.
Grünberg, J., Btrg. z. Bhdlg. der Lues mittels Aurumkalium cyanatum 135.
Grünschild, Artur, Aufenthaltsort u. Harnleiden 525.
Gucciardello, Bhdlg. des Karbunkels m. Wasserdampf 303.
Günther, Hans, s. Ebstein.
Gunsett, A., Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von Akromegalie 379.
Gurari (Petersburg), Eine neue Methode der Bhdlg. der Syph. des Nervensystems 133.
Guth, Hugo 144.
Guthrie, Douglas J., Neosalvarsan b. Syphilis 244.
Guttmann, C., Über vorübergehende positive Wasserm. Reaktion bei Ulcera mollia et non venerea 417.

Haberland, H. F. O., Die bimanuelle Untersuchung der Prostata 565.
Haberling, W., Das Dirnenwesen in den Heeren u. seine Bekämpfung 30.
Hada, B., u. Götzl, A., Wechselbeziehgn. zw. Hoden u. Prostata 564.
Hagashi, H., s. Tsuzuki.
Hagin, E. Nicholas, Nichtspezifische Harnröhrenentzündgn. als Komplikationen akuter Tonsillitis 185.
Halberstaedter, Ludwig 192.
Hallé, Noel, Die Formen der chronischen Nierentuberkulose 372.
*Halle, Wilhelm, Patriotischer Appell an die Herren Kollegen 361; ferner 360.
Hallenberger (Kribi), Multiple Angiosarkome d. Haut b. e. Kamerunneger 335.
Ham, Burnett, Prophylaxe der venerischen Krankheiten in Australien v. Standpunkt d. öffentl. Hygiene 297.
Hammacher, P., Zur Kasuistik der Pseudoleukämie der Haut 417.
Hanaoka (Breslau), Üb. das Schicksal des Hodens nach Entfernung d. Tunica vaginalis u. T. albuginea 545.
Hanck (Posen), Zur Diagnose der Geschwülste des Samenstranges 542.
Hanusa, Kurt, Über Nekrose des Zahnfortsatzes des Unterkiefers im Anschluß an Stomatitis ulcerosa 330.
— Üb. die operative Bhdlg. des Leistenhodens 544.
Haret (Paris), Die Bhdlg. der Prostatahypertrophie dch. die Radiotherapie 583.
Harrison, L. W., s. Gibbard.
Hartzell, M. B., Kolloide Degeneration d. Haut, m. Bericht üb. e. Fall v. sog. Kolloidmilium 579.

Digitized by Google

Haslund, Paul, Üb. die Bhdlg. von Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee 72.
— Bemerkgn. üb. die Resultate der Bhdlg. von Syphilis mit Quecksilber, speziell mit Injektionen 76; ferner 88.
Hassler, J. Willis, s. Honau.
Haudek, Martin 528.
Hausmann, Theodor, Fibrolysin als Unterstützungsmittel antiluetischer Behandlung 131.
Hazen, H. H., Ein anormaler Fall von Weißflecken-Krankheit 424.
— Persönliche Beobachtgn. üb. Hautkrankheiten b. d. Negern Amerikas 580.
Heath, D. 80.
— O., Die Bedeutg. des häufigen Urinierens u. d. Tenesmus b. akuter Zystitis 470.
Hecht, Hugo, Die Wasserm. Reaktion als Indikator b. d. Therapie der Syphilis 37.
Heidingsfeld, M. L., Der augenblickl. Stand der Syph.-Bhdlg. mittels Salvarsan 191.
— Intraven. Injekt. von Sublimat, Hyrgol, Quecksilberoxyzyanat u. Sublamin b. Rückfällen nach Salvarsanbehandlung 206.
— Klin. u. serolog. Syphilisrezidive n. Salvarsan u. deren Bhdlg.; eine serolog. Studie über 651 Fälle mit 952 intraven. Salv.-Bhdlgn. u. 3304 Wasserm. Reaktionen 206.
— Syphilis und Neosalvarsan 230.
— Üb. die Bhdlg. der Syphilis m. Salvarsan u. Neosalvarsan. Eine Arbeit über 4560 serolog. Untersuchgn. bei 1152 intravenösen Salvarsan- u. Neosalvarsaninjektionen u. 776 Fällen von Syphilis 268.
Heigel, Anton, Ein Btrg. zu den Tumoren des Penis 461.
Heineck, Aimé Paul, Erfolgreiche Bhdlg. eines Falles von Rhinophyma durch „Dekortikation" 326.
Heinemann, Curt, Die lokale Bhdlg. der Blennorrhoe b. Manne 505.
— Z. Frage der Grossichschen Jodtinkturdesinfektion 528.
Heise, W., Ein Btrg. z. Frage des akuten Ekzems m. psych. Ätiologie 250.
Heiser, Victor G., u. Villafranca, Rafael, Über Albinismus auf den Philippinen 437.
Heisler, A., Erythema infectiosum 301.
Heller, Julius, Über Paradidymitis erotica acuta 549.
Herbst, R. H., Die Bhdlg. der Hydrozele m. bes. Berücksichtgg. der Karbolinjektionen 549.
Herescu, P., Über 200 Fälle von Prostatektomie 586.
Herxheimer, Karl, u. Köster, Hermann, Über therapeutische Versuche mit Pilocarpinum hydrochlor. bei Parapsoriasis 276.
— u. Nathan, E., Zur Prophylaxe u. Vertreibg. des Ungeziefers im Felde 471.
Herzfeld, A., Btrg. zur modernen Luesbhdlg. Zwei neue Arsen-Quecksilberpräparate 144.
Herzog, W., Ein Fall von allgemeiner Behaarung m. heterolog. Pubertas praecox b. dreijähr. Mädchen (Hirsutismus?) 440.
Hesse, Erich, u. Schaack, Wilhelm, Zur patholog. Anatomie u. Histologie der Venennaht, spez. d. sapheno-femoralen Anastomose b. Varizen 404.
— Max, s. Matzenauer.
Heusner, Rudolf, Zur Kenntnis der bösartigen Tumoren der Sakralgegend (aus angeborener Anlage hervorgegangenes Kankroid b. e. 72jähr. Manne) 355.
Hildebrand, Otto, Üb. die operative Bhdlg. der Blasentumoren 485.
Hill, E. C., s. Wadhams.
Hilsmann, S., Üb. Harnblasengeschwülste m. bes. Berücksichtgg. e. Falles v. zyst. Polyp. b. e. Neugeborenen 484.
Hirschberg, Matthias, Ekzem u. innere Erkrankungen 250.
Hitrowo, A., Üb. die Jarisch-Herxheimersche Reaktion der Gummata auf die Salvarsanbehandlung 227.
Hoda, Benzo, Zur Kenntnis der Melanome 397.
Höfler, Max 40.
Hölder, Helene, Zur Verwendg. von kolloidem Selen b. d. Bhdlg. maligner Tumoren 334.
Hörmann, Jakob 40.
Hoessli, H., Über Xanthom der Haut u. der Sehnen 383.
Hoffmann, Claude G., Über chron. Prostatitis inf. v. Infektion m. d. Neisserschen Gonokokkus 508.
— E., Zur Salvarsantherapie des Ulcus molle 264.
— Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylakt. Salvarsan angewandt werden? 325.
Holland, Wilh., Drei Fälle von visceraler Syphilis mit Neosalvarsan behandelt 244.

Digitized by Google

Honau, William Francis, u. Hassler, J. Willis, Üb. Anästhesierung auf endovenösem Wege 512.
Hopkins, J. G., u. Zimmermann, J. B., Cholesterinantigene b. d. Wasserm. Reaktion u. die quantitat. Prüfung von syphilitischem Serum 87.
Horn, August, Üb. die innerl. Darreichung von Quecksilber b. Syphilis m. bes. Berücksichtg. des Merjodins u. der Hg-Glidine 142.
Howard, R., Ein Verfahren z. Entfernung der karzinomatösen Prostata 582.
Howe, James Sullivan 144.
Howle, Paul W., Ein Fall von Pseudo-Elefantiasis 328.
Htano s. Tsuzuki.
Huntemüller (Berlin), Neuartige Parasitenbefunde b. d. Jerichobeule 322.

Ibarguren, Antonio, Dermatitis parakeratotica parasitären Ursprungs (Scabies norvegica) 221.
Ichibagasse, K., s. Tsuzuki.
Iredell, C. E., u. Thompson, R., Drei mit Diathermie bhdlte. Fälle von malignem Gewächs des Blasengrundes 486.
Irvine, H. G., Ein Fall von Bromeruption 203.
— Üb. die Ähnlichkeit des klin. Bildes der Tuberculosis verrucosa cutis und Blastomykose 271.
— Idiopathische Hautatrophie; mit Bericht üb. e. Fall 423.
Isaac, Pilzerkrankung d. Haut, infolge des Gebrauches wollener Unterwäsche 300.
Israel, F., Ein ungewöhnl. Fall von Tuberkulose des Harnapparates 446.
Istomin, Z. Frage der operat. Bhdlg. der Varikozele 549.
Ivey, R., Die Wassermannreaktion unter d. geisteskranken Negern v. Alabama 39.
Ivy, R. H., s. Thomas, B. A.
Iwaschenzoff, Gl., Üb. die Salvarsantherapie der Syphilis des Nervensystems 188.
— Salvarsantherapie u. Lues des Zentralnervensystems (inklusive Tabes dorsalis) 188.
Iwaschtschenko u. Lange, Die Salvarsantherapie der chirurg. Syphilis 189.

Jacobi, Eduard, Vaselinoma sclerotic um 421; ferner 112, 158.
Jadassohn (Bern), Wie soll sich der prakt. Arzt zur Salvarsantherapie der Syphilis verhalten? 165.
Jaerisch (Graudenz), Zur Ätiologie der Psoriasis 256.
Jakob, A., s. Weygandt.
Jakobsohn (Berlin), Die Funktion der Prostata u. Bhdlg. der Prostatahypertrophie dch. indirekte Bestrahlung 583.
Jamieson, W. Allan, Einige Bemerkgn. über Prophylaxe u. Bhdlg. des Ekzems 251.
Janowsky, Th., Üb. die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten 591.
Jansky, J., Die Bhdlg. der progressiven Paralyse mit Salvarsan 248.
Janssen, P., Elefantiasis penis u. ihre operat. Bhdlg. dch. Dränage m. implantierten Venenstücken 462.
Japiot s. Gallois.
Jeanselme, E., Prophylaxe der Syphilis dch. Salvarsan 189.
— Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan 205.
— Vernes u. Bloch, Marcel, Wirkung von Salvarsan u. Neosalv. bei Syphilis und Tuberkulose 229.
— — — Intrarachidische Injektionen von Neosalvarsan 246.
Jenkel (Altona), Zur Technik der Prostatectomia suprapubica 587.
Jersild, O., Vorläufige Mitteilg. üb. eine neue abortive Bhdlg. der Blennorrhoe 73.
Jesionek, A., Praktische Ergebnisse a. d. Gebiete der Haut- u. Geschlechtskrankheiten 242.
Jessner, Kurt 40.
— Max 40.
— S., Bhdlg. kosmetischer Hautleiden (Schönheitsfehler) 373.
Joeux, Charles, Btrg. z. Studium der afrikanischen Tinea 299.
Jones, R. L., u. Simons, Irving, Üb. die Serodiagnose der Blennorrhoe 275.
Jonquières, Eduardo, Enzephaloide Kopfhaut 221.
Jordan, William H., Kongenitale Striktur der Pars prostat. urethrae m. Hyperplasie der Blase, Dilatation der Ureteren u. multiplen Abszessen bd. Nieren 467.
*Josefson, Arnold, Üb. die Empfindlichkeit der Haut für Adrenalin u. Pituitrin 413.
Joseph, Max, Der jetzige Stand der Quecksilbertherapie 137.
— Die Bhdlg. des Kinderekzems 251.
— Alopecia atrophicans b. Kindern 422.
Jourdanet, Bhdlg. der Gesichtsakne mittels der biokinetischen Methode 255.
Judd, Charles C. W., Vergleich des cholesterinisierten m. d. nichtcholesterinisierten (Noguchi) Antigen b. d. Wasserm. Reaktion 63.

Digitized by Google

Jüngerich, J., Zur Therapie des Hämorrhoidalleidens 405.
Jullien, Louis, Btrg. z. chem. Studium der Vernix caseosa 268.
Jump, H. D., Beates, H., u. Babcock, W. W., Vorzeitiges Wachstum der äußeren Genitalien inf. Hypernephrom der Nebennierenrinde 441.
Junkel, Btrg. z. d. Knorpelzysten der Ohrmuschel 380.

Kaempfer, Louis G., Salvarsan beim Rhinoskleroma 327.
Kafka, V., s. Weygandt.
Kaliski, D. J., s. Sachs, B.
Kallós, J., Üb. die Hermann-Perutzsche Syphilisreaktion 55.
Kantorowitz, Ein neues Mittel z. Beseitigg. des Schweißgeruches 428.
Kaplan, M., u. McClelland, J. E., Eine quant. chem. Reaktion z. Kontrolle positiver Wasserm. Reaktionen 52.
Karvonen (Helsingfors), Üb. Blennorrhoe der Urethra duplex u. deren Bhdlg. 73.
— Über „spontanen Zahnausfall" bei Syphilitischen 79.
Keetmann, B., Zur Strahlentherapie der Geschwülste 333.
— Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe 333.
Kehl, Hermann, Btrg. z. Kenntnis der Hautblastomykosen 322.
Kennard, D., Die Bhdlg. der Syphilis 130.
Kerl, Wilhelm, Zur Abortivbehandlung der Syphilis 128.
— Über konzentrierte Neosalvarsaninjektionen 231.
Kern, Hans, Üb. die Anwendung d. epifaszialen (bzw. intramuskulären) Neosalvarsaninjektionen nach Wechselmann im Kindesalter 247.
Kersten, H. E., Zur intramuskulären Neosalvarsaninjektion 245.
Key, Einar, Exclusio vesicae b. schwerer Blasentuberkulose 486.
Keyes, E. L., Eine Methode d. Bekämpfg. der postoperat. Hämorrhagie b. suprapub. Prostatektomie 588.
— jr., E. L., Der Mechanismus der prostatischen Urinretention 566.
Kielleuthner, Ludwig 568.
Kienböck, Robert, Radiotherapie der bösartigen Geschwülste 399; ferner 280.
King, E. F., Myiasis der Harnwege 527.
Kingsbury, Jerome, u. Bechet, Paul E., Die intravenöse Bhdlg. mit Quecksilber b. Syphilis 139.
Kirschbaum s. Busson.
Kissmeyer, A., Untersuchgn. einer neuen Syphilisreaktion (Landau) 56.
— Ein Fall von Pemphigus vegetans (Neumann) 418.
Klaschka, Erwin 384.
Klausner, Erwin, Zur Technik der Pallidinreaktion 56.
— Kontraluesin (Richter) i. d. Abortivbhdlg. der Syphilis 128.
*— Über extragenitale Ulcus molle-Infektion 537; ferner 40.
Klein, Alfred, Ein Fall von Akanthosis nigricans 397.
— P. R., Mitteilgn. üb. Befunde im Urin nach Anwendg. von Salvarsan 185.
Kneise, O., Einige meiner Erfahrgn. auf dem Gebiete moderner Urologie 443.
Knight-Stapleton, Carlisle P., Epididymotomie 548.
Knowles, Frank Crozer u. Frescoln, Leonard D., Zwei ungewöhnl. Fälle von Hautdiphtherie 324.
Knox, R. Ein Vortrag üb. Radium u. die Bhdlg. von malignen Neubildungen 334.
Kobligk, E., Erfahrungen mit Embarin Heyden 140.
Köster, Hermann s. Herxheimer.
Kondoleon, Die Lymphableitung des Skrotums 527.
Konjetzny (Kiel), Üb. einen ungewöhnl. Penistumor 461.
Konrad, B., Über das Syphilisfieber 187.
Kostlivy (Trebitsch), Die Delbetsche Operation (Anastomosis sapheno-femoralis), deren Technik u. Resultate 425.
Kragel (Bochum), Erfahrgn. üb. die bei der Wasserm. Syphilisreakt. wirksamen Körper u. ihre Verwendung 54.
Krause, Friedrich 40.
Kreibich, K., Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea 266.
— Plasmomyelom d. Haut 335.
Kren, O. Pagetsche Erkrankung am Anus und Genitale 334.
Krösing, Rudolf 144, 208.
Krompecher, C., Über Schweißdrüsenzysten der Brustdrüse u. deren Krebse 357.
v. Krzysztalowicz, Franz 408.
v. Kubinyi, Paul, Zur Zystoskopie b. Blasenfisteln 487.
Kümmel (Hamburg), Die Diagnose u. Bhdlg. der bösartigen Prostataaffektionen im Anfangsstadium 581.
Kulenkampf (Zwickau), Über Prostatahypertrophie u. die Prostatektomie nach Wilms 585.
Kumaris, Joh., Abortive Erysipelbehandlung 329.

Digitized by Google

Kyrle, Josef, Über Arsenausscheidg. im Harne nach einmaliger subkut. Einverleibg. von 0,4 Altsalvarsan vor 3½ Jahren 166.
— Experim. Btrg. z. Frage des Regenerationsvermögen des Rete testis 546.
— u. Schopper, K. J., Über auffällige Befunde b. experim. Studien an Nebenhoden 547; ferner 432.

Labbé, Xanthochromia palmo-plantaris b. Diabetes 425.
Lagane, Üb. die Luetinintrakutanreaktion b. Syphilis u. einigen infekt. Erkrankungen 62.
Landau, Wilhelm, Untersuchg. üb. eine Reaktion luet. Sera m. e. Jodölreagens 53.
Lange s. Iwaschtschenko.
— Btrg. zur Zellerschen Pastenbehandlung 401.
Lapowski, Boleslav, Die Abortivbhdlg. der Syphilis 129.
*Lauener, Paul, Üb. einen dch. Kuhhaare hervorgerufenen Fremdkörpertumor b. e. Melker 529, 556.
Launois, P. E., Troin, G. u. Ledoux, Ein Fall von massiver Koagulation des Liquor cerebrospinalis. Verlegung des Durakonus dch. syphilit., meningomedulläre Verwachsung 86.
Launoy, L. u. Levaditi, C., Quecksilberbehandlung der Spirillosen (Hühnerspirillose u. Kaninchensyphilis) 138.
Leber, A. u. v. Prowazek, S., Zur Kenntnis der Elefantiasis in Samoa 379.
Ledermann, Reinhold, Üb. die Verwendg. großer Serumdosen z. Verfeinerg. d. Wasserm. Reaktion 39.
Ledo, Antonio, Pyodermitis chronica papillomatosa vegetans 81.
Ledoux s. Launois.
Legueu, F., Nutzen der Anwendg. der Harnstoffsekretionskonstante bei den Prostatikern 566.
— Klinische Vorlesg. üb. das beste Alter zur Vornahme der Prostatektomie 586.
Lehnert, Anton, Über Ekzem u. Neurodermitis im Kindesalter 250.
Lenzmann, Richard, Die Bedeutg. u. Bhdlg. der Geschlechtskrankheiten im Felde 408; ferner 280, 336.
Leredde, Technik der Sterilisation der Syphilis dch. das Salvarsan 187.
Leschly, W. u. Boas, Harald, Untersuchgn. üb. Konglutinationsreaktion m. der Technik Karvonens, als Ersatz f. d. WR. 55.
Lespinasse, Viktor D., Transplantation des Testikels 545.
Lesser, E., Die Fortschritte der Syphilisbhdlg. 110.
— Über Geschlechtskrankheiten im Felde u. deren Verhütung 112.
— F., Die prakt. Bedeutg. der quantitat. Wasserm. Reaktion f. d. Bhdlg. der Syphilis 36.
Levaditi, C., s. Launoy.
Levin, Isaac, Radium- und Röntgenbehandlung beim Krebs 374.
Levy-Bing u. Duroeux, Syphilis der Blase 527.
Lewandowsky, F., s. Ritter.
Lick, E., Zur perinealen Prostatektomie 586.
Lier, Wilhelm, Über Embarin 29.
— Über Abortivbehandlung der Syphilis 128.
— Über Neurofibromatose 381; ferner 408.
Likes, Sylvan, H. u. Schoenrich, Herbert, Erfahrungen m. über 1000 Fällen von chron. Urethritis 464.
van Lint, Angioma palpebrae 382.
Lionti (Palermo), Ein Fall von Penisverdoppelung 462.
Lippmann, A., Die Hausinfektionen u. ihre Bekämpfung 320.
Lipschütz, Benjamin, Die Ätiologie des Molluscum contagiosum 396.
— Lichen ruber framboesiformis 421; ferner 408, 552.
Lissmann, P., Z. Bhdlg. der sexuellen Impotenz 527.
Little, G. 80.
Lockwood, Charles D., Epididymitis als Komplikation b. Prostatektomie 507.
Löffler, Dagobert, Bakt. Versuche üb. die Zuverlässigkeit der Tägeschen Sterilisierungsmethode zu Injektionen, m. bes. Berücksichtgg. des Wasserfehlers u. des Kochsalzfiebers 418.
Loewe, O., Zur Therapie der Phimose 460.
Lortat-Jakob, Intrarachidische Neosalvarsaninjektionen 246.
Louste, Rolle des Cholesterins in der Wasserm. Reaktion 56.
Lower, W. E., Divertikel der Harnblase 526.
Luce, H., Btrg. zur Klinik der Hodenneuralgie 546.
Luithlen, F. 568.
v. Lukasiewicz, Wladimir 360.
Lurz, R., Späterscheinungen d. Framboësie beim Neger 324.
Lutembacher (Paris), Das Bläschenekzem 250.

Digitized by Google

Lyons, Oliver, Tuberkulose der kindlichen Genitalorgane 445.

Majerus, Üb. die Einwirkg. des Jods auf die Hoden 543.
Majocchi, Domenico 432.
Malbran, C., Prophylaxe der Lepra 222.
Malinowski, Feliks, Über Dermato-Mykosen 279.
Mallory, William J., Urologische Mitteilungen 508.
Mangini s. Policard.
Mankiewicz, Otto 592.
Manthey, C., Abszeß dch. einen tier. Parasiten 430.
Mantovani, Mario, Anwendg. v. aktivem Serum b. d. Wasserm. Reaktion 86.
— 4000 Wassermannsche Reaktionen 214.
Mañueco, E., Bhdlg. der Blennorrhagie mit Uranoblen 216.
Marcovici, Eugen, Ein Fall von Elefantiasis nach Lymphangitis postdysenterica 440.
Marcus (Stockholm), Erfahrgn. üb. Gonargin 73.
— Isolierte Blennorrhoe e. Paraurethralganges 73.
— Fall von Pemphigus foliaceus 74.
— Fall von Ulcera neurotica oris 74.
— Fall von Ulcus gangraenosum vulvae 74.
— Fall von Urticaria pigmentosa (abortiva) 74.
Marie, P. L., s. Oettinger.
Marinesco, G. u. Minea, J., Infektiosität des Liquor cerebrospinalis b. juveniler Paralyse 86.
Marini, G., Klinischer u. pathol.-anatom. Btrg. z. Studium der kutanen Leukämie, der fibro-epitheloiden Polylymphomatosen (Hodgkinsche Krankheit) u. d. Mycosis fungoides 264.
Martin, Clarence, Blutharnen u. Bestimmung des Ursprungs desselben 274.
Martin, Joseph, s. Rebattu.
Martinotti, Leonardo, Üb. das akute exsudative Ödem 370.
Marx, Hans 40.
Mason, Frederic S., Rückfall einer akuten Blennorrhoe n. e. Injektion von polyvalenter Gonokkenvakzine 272.
Massia, Beobachtg. an 1500 Wasserm. Reaktionen 36.
— s. Nicolas.
Mathieu, Weil, Pierre u. Giroux, Vergleich der Reaktion n. Wassermann u. nach Noguchi b. nichtfloriden Syphilitikern 57.
— — Vergleiche der Häufigkeit der Wasserm. u. Noguchischen Reaktion b. erwachsenen Syphilitikern im Latenzstadium 58.
Matterstock, Georg 568.
Mattirolo, G. u. Botteselle, G., Üb. die Intradermoreaktion m. d. Noguchischen Luetin 60.
Mattyasovszky, B., s. Bulyoloszky.
Matzenauer, Rudolf u. Hesse, Max, Über den „Wasserfehler" 226.
Maxson, Edwin S., Bericht üb. e. Fall von Gesichtskarzinom 357.
del Mazo, E. Garcia., Syphilit. Schanker auf der Konjunktiva bulbi 217.
Mc Carthy, F. G., Üb. die Strikturen in der Harnröhre des Mannes 183.
Mc Caskey, G. W., Eine neue Methode zur Prüfung der Nierenfunktion mittels Bestimmung der Ausscheidg. innerlich gegebenen Harnstoffs 591.
Mc Clelland, J. E., s. Kaplan.
Mc Cormac, H., s. Morris.
Mc Donagh, J. G. R. 80.
Mc Gowan, Granville, Ein neues Urethroskop 443.
Mc Grath, B. F., Krebs der Prostata 581.
Mc Intyce, M., Ein Fall von Ulcus rodens mit ungewöhnl. Lokalisation 336.
Mc Kee, George M. u. Wise, Fred, „White-spot disease" 424, 579.
Mc Martin, C., s. Dermody.
Mc Murtrie, Douglas C., Eine Legende v. d. lesbischen Liebe b. d. Indianern Nordamerikas 161.
— Manifestationen v. weibl. sexueller Perversität; günstige Vorbedingungen dazu in den Klosterschulen. Beispiele von Transvestismus, unbewußter Homosexualität und sexuales Empfinden b. Mannweibern. Masturbation unter d. Einflusse homosexuellen Empfindens; unbestimmte Sexualempfindungen in der Kindheit 507.
— Psycholog. Studie an einer tribadistischen Gattenmörderin, ein Fall von Lombroso 509.
— Über perverse Sexualempfindung b. d. Frauen in Spanien 272.
Mc Murtry, Charles Wood 112.
Mc Weeney, E. J., Erfahrgn. m. d. Wasserm. Reaktion 36.
Meachen, G. Norman, Die klin. Beziehgn. des Lupus erythematosus 423.
Meirowsky, Emil, Studien üb. die Fortpflanzung von Bakterien, Spirillen und Spirochäten 241.
— Sklerodermia diffusa et circumscripta 421; ferner 40.
Ménard, P. J., s. Roger.

Digitized by Google

Mensi, Enrico, Neue Beobachtgn. üb. die Wasserm. Reaktion u. die therapeut. Salvarsanwirkg. b. heredit. Syphilis 37.
*Merian, Louis, Btrge. zur Histopathologie der Tierhaut 409, 433, 454, 479, 493, 517.
Merk, Ludwig, Die Anzeigepflicht bei venerischen Krankheiten ist leicht durchführbar! 88; ferner 112.
Messerschmidt, Th., Die Vakzinetherapie der chron. Furunkulose d. Haut 303.
Mestscherski, H. u. Grintschar F., Ein mit Vakzine erfolglos behdlter. u. dch. Anwendg. physikal. Bhdlgsmethoden gebesserter Fall von Scleroma respiratorium d. Nase u. des Rachens 327.
Meyer, E., Klin. u. experim. Untersuchgn. üb. die Wirkg. des Salvarsans a. d. kongenit. Syphilis des Fötus b. Bhdlg. der Mutter 186.
— Fritz M., Der heutige Stand unserer Kenntnisse üb. das Wesen der Wassermannschen Reaktion 34.
— Hans u. Ritter, Hans, Zur Methodik der Radioepilation der Kinderköpfe 299.
— Johann, Btrg. z. Bhdlg. des Fluor albus m. Bolus-Biozyme 296.
— P., Eine Erleichterung f. den zystoskopischen Unterricht 442.
— Robert, Über Bhdlg. der angeborenen Elefantiasis des Armes mit Lymphangioplastik nach Handleys Methode 439.
Mibelli, Vittorio 552.
Mikhaïlow, N. A., Die Rolle der Reservekraft der Niere nach der Nephrektomie 372.
Miller, Daniel Tucker, Intraven. Injekt. v. Salvarsan u. Neosalvarsan 207.
— J. W., Dermatitis exfoliativa, mit Bericht üb. einen Fall 202.
Minea, J., s. Marinesco.
Mirgel, Hermann, Üb. eine Anzahl länger beobachteter Fälle von Lues, die mit Salvarsan u. Hg behandelt wurden 143.
Moberg (Stockholm), Über das Analekzem u. die Bhdlg. desselben 72.
— Zwei Fälle von Kaposis Sarkom 77.
— Fall von Lupus erythematosus an bd. Lippen 77.
— Fall von Dermatitis atrophicans progressiva chronica diffusa 77.
— Fall von Ulcus rodens 77.
— Fall von Dermatite polymorphe douloureuse aigue recidivante 78.
Moberg (Stockholm), Schwerer Lupus erythematosus ohne Erfolg m. Röntgenstrahlen behandelt 78.
— Fall von Tuberkuliden 78.
— Drei Fälle von Lichen 78.
— Fall von Xerodermia pigmentosum 78.
— Zur Bhdlg. d. juvenilen Akne 79.
Möinichen, E., Zwei Fälle von Mohrrübenfärbung 428.
Mohr, M., Mit Neosalvarsan intensiv behandelte Augenkranke 230.
Monti, Romeo, Die Dermoide des Samenstranges 542.
de Montmollin, G., Über die Dauererfolge b. d. Salv.-Bhdlg. der Lues 191.
Montpellier, J., s. Brault.
Monzardo, Gino, Btrg. z. Studium der Prostatahypertrophie u. ihrer radikalen Heilung 585.
Morawetz, Gustav, Erfahrgn. üb. die Bhdlgn. der malignen Syphilis 131.
Moreau, Camille, Der Einfluß d. antisyphilit. Bhdlg. a. d. Wasserm. Reaktion 37.
Morestin, Bhdlg. der Gesichtsangiome 382.
Morison, Rutherford, Klin. Vorlesung üb. einige Harnröhrenverletzungen u. üb. die Bhdlg. der Harnröhrenstriktur 466.
Morpurgo, F., Üb. einen Fall von Netzhautblutungen nach Kalomel-Salvarsanbehandlung 228.
Morris, M. u. Mac Cormac, H., Zweijährige Erfahrgn. mit Salvarsan 190; ferner 80.
Morse, P. F., s. Varney.
Moser, Ernst, Spontane Harnblasenzerreißung 512.
Motzfeldt, K., Angeborene Mißbildungen der Nieren und Harnwege 592.
Moutot, H., s. Nicolas.
Mucha, V. 568.
Müller, Achilles, Über Prostataatrophie 567.
v. — Friedrich, Spekulation u. Mystik in der Heilkunde 525.
— H., Darf bei weichen Schankergeschwüren prophylakt. Salvarsan angewandt werden? 325.
— N., Ein Fall von multiplem Zystizerkus 429.
— Rudolf u. Stein, Robert Otto, Bemerkgn. zur Kutireaktion b. Lues u. ihre Beziehgn. zur Wasserm. Reaktion 57.
Müllern-Aspegren (Stockholm), Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis nach Salvarsanbehandlung 76.
— Abortivbhdlg. von Syphilis recens mit Salvarsan 76, 205.

Digitized by Google

Müllern-Aspegren (Stockholm), Tuberkulide, teils vom Aknitis-, teils vom Lupus erythematosus-Typus 77.

Näcke, P., Die gerichtl. Medizin u. die Homosexualität 440.
Nanu-Mascel, J., Alexandrescu-Dersca, C. u. Friedmann, L., Üb. die Luetinreaktion nach Noguchi 59.
Nathan, E., s. Herxheimer.
Negrete, Carlos, Meine sechs letzten Fälle von hypogastr. Schnitt bei Blasensteinen 484.
— Ein Fall von suprapub. Prostatektomie 588.
Neisser, A., Zur Vorgeschichte u. Charakteristik der Prostituierten, m. bes. Berücksichtgg. der Minderjährigen u. Minderwertigen 458.
— Syphilis u. Salvarsan 204; ferner 64.
Nelken, Abraham, Zystitis: Eine nur nach fleißiger Beobachtg. zu stellende Diagnose 507.
Neue (Greifswald), Üb. eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums u. dadurch bedingte Fehlerquellen d. WR 54.
Neugebauer (Wien), Skabiesebaga an Stelle des Ung. sulfur. Wilkinsoni in der Skabiestherapie 428.
Neumayer, V. L., Zur Gabengröße des Neosalvarsans 246.
— Ein Todesfall nach Neosalvarsan 247.
Nichols, Henry J., Die Syphilis als eine Frage der öffentlichen Gesundheit 384.
Nicolas, J. u. Gaté, J., Hat die positive Wasserm. Reakt. absoluten Wert? 35.
— Massia, Gaté u. Pillon, Lichen scrophulosorum und Parapsoriasis lichenoides 277.
— — — — Atypische Aktinomykose 327.
— — — — Ein Fall von Xeroderma pigmentosum 425.
— u. Moutot, H., Drei Jahre antisyphil. Arsentherapie an der Clinique vénéreologique de l'Antiquaille in Lyon 267.
*Nielsen, Ludv., Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der Vagina 209.
Nixon, J. A., Die intraven. Anwendg. von Neosalvarsan bei Syphilis 231.
Nizzi, F., s. Carbono.
Nogier, Th., Bhdlg. eines Nasenepithelioms m. Radium 354.
Noguchi, Hideyo, Die Luetinreation (Kutireaktion d. Syphilis) 58.
Noniewicz, Eliasz, Ein Btrg. z. Diagnose u. Therapie des Malleus 248.
Nonne, M., Üb. die Bedeutg. der Liquoruntersuchg. f. d. Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen 84.
Nordendoft, S., Einige Resultate der Röntgenbhdlg., mit einigen Bemerkgn. über Radium u. Röntgen 373.
— Üb. die Röntgenbhdlg. des Hautkrebses 401.
Nordmann, O., Die Bhdlg. der Krampfadern u. der Unterschenkelgeschwüre 404.
Nowicki (Lemberg), Über Harnblasenemphysem 488.
Nutt, W. H., Beattie, J. M. u. Pye-Smith, R. J., Arsenikkrebs 358.
v. Nyiri, Wilhelm, s. Bauer.
Nyström, G., Btrg. zur Frage: Bhdlg. des Erysipels mittels Kälte 329.

Ochs, Benjamin F., Kinderekzem 251.
Odstrčil, J., Die Abortivbehandlung der Syphilis beim Militär 129.
— Bhdlg. der Krätze mit Sulfidal 428.
Oettinger, Marie, P. L. u. Baron, Bleimeningitis u. Wasserm. Reaktion 37.
Ogilvie, H. S., Die intraspinale Bhdlg. der Syphilis des Zentralnervensystems mittels salvarsanhaltigen Serums von abgestufter Konzentration 247.
Olmstead, Miriam P., Der Wert der Absorptionsmethoden b. d. Wasserm. Reaktion 53.
Oppenheim, Leo, Morbus Darier (Psorospermosis follicularis vegetans) 334.
— Moritz, Über vier Fälle von Hautblastomykose beobachtet in Wien 321.
— Zur Ätiologie der idiopathischen Hautatrophie (Dermatitis atrophicans) 423; ferner 280.
Orkin, Georg, Erfahrgn. m. d. Sachsschen Cholesterinalkohol- u. d. Lesserschen Ätherextrakt b. d. Wasserm. Reaktion 57.
Orlowski (Berlin), Der Tripper 224.
Orsós, F., Erkrankgn. des Penis b. Typhus 462.
d'Ovidio, Rogelio, Üb. die großblättrige Desquamation der Neugeborenen 221.

Pagenstecher, Die Operation der Phimose 461.
Pakascher, Üb. die Bhdlg. der Urethritis bacterica u. postblennorrhoica mittels Lytinol 465.
Panoff, Charles Eduard, Üb. kombin. Anwendg. von Quecksilber m. Salvarsan oder Neosalvarsan b. d. Bhdlg. der Syphilis 160.
Pappenheim, Arthur 592.

Digitized by Google

Pappenheim, Martin 85.
Parisi, F., Die örtl. Bhdlg. des Erysipels m. Jodtinktur 329.
Parker, G., Ein Fall von Holzphlegmone des Halses (Phlegmon ligneux) 330.
Paschkis, Rudolf 472.
Pascual, Salvador, Bhdlg. der Zystitis m. Joddämpfen 470.
— Moderne Bhdlg. der Blasentumoren 485.
Pasteau s. Degrais.
Pautrier, L. M., Die Ekzemtypen u. die Bhdlgsarten 249.
— Sarkoide u. Syphilis. Notwendigkeit einer Revision der Sarkoidgruppe 266.
Pavone, G., Komplementablenkung bei Hautleishmaniose 321.
Pawlow, P. A., Btrg. z. Kasuistik d. seltenen Ulcus molle-Lokalisationen. Primäre Lokalisationen d. Ulcus molle in Urethra nebst Autoinokulationen am Zeigefinger der linken Hand 126.
Peacock, Alexander Hamilton, Die Bedeutg. des häufigen Urinierens bei den Frauen 162.
Pecori, Guiseppe, Die Immunität b. Trichophytie 279.
Pedersen, Victor Cox, Harnröhren- und Prostatasymptome, dch. e. umfangreichen Mastdarmpolypen (?) verursacht 442.
— Neubildungen der Blase; klin. Berichte üb. 3. Fälle v. Bhdlg. m. d. Oudinschen Hochfrequenzstrome 484.
— Tuberkulose d. rechten Hodens sekundär nach Entfernung des linken wg. Tbc. auftreten 546.
— u. Darling, Byron C., Messung und Projektion d. hint. Teiles d. Harnröhre u. d. Blasengrundes mittels Metallkatheter u. Radiographie 463.
Pelagatti, Mario 552.
Pellizzari, C., Vorstellung Kranker mit dch. Radium geheilten Tumoren 375.
Pepere, A., Monosporosis alba et Monosporosis nigra 298.
— Myzetoma pedis mit schwarzen Körnern 322.
Pérez-Grande (Madrid), Gonokokzie der bd. Geschlechter u. deren Bhdlg. m. polyvalenter Diplokokkenvakzine 30.
Perkel, J. D., Üb. die intradermale Reaktion auf Syphilis m. Noguchis Luetin 418.
Pernet 80.
Perrier, Ch., Ein Fall von maximaler narbiger Retraktion d. Blase dch. Tuberkulose 487.
— Drei Fälle von Prostatahypertrophie n. d. Bottinischen Methode operiert 584.
Peterkin, G. Shearman, Eine neue diagnost. Methode z. Aufklärung patholog. Veränderg n. a. d. weibl. Urogenitalorganen 507.
Peters, R., Die Bedeutung des Mergals f. d. moderne Syphilistherapie 142, 256.
Petrini de Galatz, Michail, Btrg. z. klin. u. histolog. Studium der Acanthosis nigricans in Verbindg. m. e. Pulmonalkrebs 266.
*— Alfred Fournier † 368; ferner 360.
Petzoldt, Kasuistische Mitteilgn. a. d. Praxis 304.
Peyri, Jaime Rocamora, Professionelle Perionychie bei Gemüseschälern 217.
— Vorläufige Mitteilg. üb. das Leukozytozoon syphilidis 82.
— Diagnostik der Varietäten der Hautepitheliome u. die sich daraus ergebenden prognost. Konsequenzen 402.
— u. San Ricart, R., Ein Fall von Morphoea dch. Hochfrequenzströme geheilt 423.
Pfister, Edwin, Üb. das organische Gerüst der Harnsteine 457.
Philippart, Bhdlg. der essentiellen Enuresis nocturna infantilis 444.
Philippi, H., Die Therapie der Lues mit Lungentuberkulose im Hochgebirge 132.
Pick, Walther, Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie 111.
Picker, R., Üb. den Bau der menschl. Samenblasen 543.
Pili, Antonio, Chron. fibromatoide Dermatitis inf. syphilit. Sklerose der Kapillaren 501.
Pillon s. Nicolas.
Pinardi, Giuseppe, Experim. Untersuchg. üb. urethrale Plastik 469.
Pinkus, Felix, Die Bedeutg. der Hautkrankheiten f. d. Krieg 167; ferner 336.
Pirkner, E. H. F., Einige Bemerkg. über freiwillige Sterilität 271.
v. Planner (Graz), Erfahrungen mit Embarin in der Privatpraxis 140.
Plicque, A. F., Die antisyphilit. Bhdlg. bei Tabes 134.
— Steinkohlenteer in der Ekzembehandlung 252.
Plöger, Heinrich 64.
Pöhlmann, August 40.
Polák, O., Die Therapie des Erysipels mit Antidiphtherieserum 329.
Policard u. Mangini, Ein Fall von Xanthelasma. Zytolog. u. histochem. Tatsachen üb. die Xanthomzellen 425.

Digitized by Google

Polland, R., Syphilisbehandlung mit Embarin 141.
*— Über Atrophia maculosa cutis luetica 193. Nachtrag 353.
— Pagets Disease a. d. Wange 264.
— Bemerkenswertes anläßlich einer kleinen Endemie von Erythema multiforme 416; ferner 40.
Poncet, A., Aktinomykose des Nackens u. Gesichts 326.
Pontoppidan, E. 88.
Porges (Wien), Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Präzipitationsmethoden 35.
Portner, Ernst, Katheter 463.
— Fremdkörper in der Harnröhre 466.
— Erkrankgn. der Blase 470.
— Die Erkrankungen der Nieren 588.
Porta, Antonio, Myiasis cutanea beim Menschen 499.
Posner, Karl 40.
Praetorius (Hannover), Über Steinanurie 483.
— Bemerkgn. üb. Prostatahypertrophie 483.
Priester, J., Eine Modifikation des Unnaschen Zinkleimverbandes, ein Btrg. z. Bhdlg. des Ulcus cruris 406.
Pringle, J. J. 80.
Prowazek Edler v. Lanow, Stanislaus, Untersuchgn. üb. die Tona d. Pferde auf Samoa 304.
— s. Leber; ferner 280.
Przezdziecki, Alojzy, Über Alopecia areata 423.
Pujol (Tarascon), Üb. die Spontangangrän der Genitalien 442.
Pulay, Erwin, s. Weidenfeld.
Pusey, Allen u. Stillians, Arthur W., Noguchis Luetinprobe auf Syphilis 202.
Pye-Smith, R. J., s. Nutt.

Quintarelli, Luigi, Günstiger Einfluß der Röntgenstrahlen auf Hauttransplantate 501.

Rabinowitsch, Marcus, Syphilis u. Wasserm. Reaktion b. d. Findelsäuglingen 38.
— Üb. eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums u. dadurch bedingte Fehlerquellen d. WR 54.
Radaeli, F., Über Monosporose 298.
Radvánszky, B., Hyperkeratose a. d. Haut eines Mammakarzinoms 357.
Ragusin, Neocle, Ein Fall von Lymphadenomatosis cutanea aleucaemica 221.
— u. Barillatti, Juan, Ein Fall von Hautsporotrichose 222.
Raices, José A., Knochensyphilis 221.
Randall, A., Die endoskop. Bhdlg. v. nächtl. Pollutionen 541.
Rankin, T. Thomson, Über ein neues Harnantiseptikum 458.
Rasch, C., Über Besniers Prurigo 72.
— Ein Fall von sog. hysterischer Dermatose 418; ferner 88.
Rasp, C., s. Seiffert, G.
Ratera, Julián, Postekzematöser Pruritus dch. Radiotherapie geheilt 82.
Ravaut, Paul, Rezidive u. Reinfektionen n. d. Salvarsanbhdlg d. frischen Syphilis 206.
Ravogli, Augustus, Salvarsan u. das Profetasche Gesetz 166.
— Bericht üb. e. Fall von Sporotrichosis v. tuberkuloidem Typus 300.
— Zur Bhdlg. des Epithelioms 353.
— Einige prakt. Punkte b. d. Bhdlg. von Unterschenkelgeschwüren 406.
Rebattu, J. u. Martin, Joseph, Recklinghausensche Krankheit 382.
Reenstierna, J., Untersuchgn. üb. den Mikroorganismus der Lepra 73.
— Gonokokkenabszeß am linken Oberarm (Vakzin- u. Serumbhdlg.) 265.
Regidor, A. Pardo, Lupus papillomatosus vegetans der Hände 503.
Reiche, Erysipelas staphylococcicum 328.
Reilly s. Sicard.
Renner, Bhdlg. der Blasentumoren m. Hochfrequenzströmen 485.
Reyes, C. M., Über „Noma" a. d. Philippinen, m. bes. Berücksichtigg. eines geheilten Falles 331.
Ribolla, R., Il medico a bordo e nei paesi tropicali 420.
San Ricart, R., s. Peyri.
Richards, O., Rhinosklerom 327.
Richter (Königsberg), Die nächsten neuen prakt. Ziele u. Aufgaben b. d. Bekämpfg. der Geschlechtskrankheiten 297.
Riebes s. Scholtz.
Riecke, Erhard, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten 30.
— Kongenitale Phimose u. akute Blennorrhoe. Dermographismus 394.
— Urticaria chronica. Wachstumsstriae 394.
— Urticaria follicularis. Verrucae planae 394.
— Dermographismus. Überzählige Warze. Verrucae planae. Jmpetigin. Ekzem. Lues II 394.
— Maculae coerulcae 395.
— Generalisierte akute Dermatitis dch. Perubalsam. Schieferanthrakosis 395.
— Ekzema seborrhoicum. Wachstumsstriae 395.

Digitized by Google

Riecke, Erhard, Lichen pilaris. Wachstumsstriae. Dermographismus 395.
— Ichthyosis simplex et nitida. Keratosis pilaris 395.
— Alopecia areata. Dermatitis papillaris nuchae 395.
— Anthrakosis 395.
— Balanitis simplex e. Sklerose vortäuschend 395.
— Tubero-serpiginöses tertiäres Syphilid 395.
Riehl, Gustav, Radium u. Krebs 374.
— Karzinom und Radium 374; ferner 64, 280.
Riemann, G., Über einen Fall von Addisonscher Krankheit nach Trauma 397.
van Riempst, T. Schaepkens, Persönl. Erfahrgn. mit Neosalvarsan 231.
Rietz, Torsten, Ein Fall von Bifurcatio urethrae 464.
Rille, J. H., Farbige Photographien von Hautkrankheiten 232.
— Blitzschlagverletzung 304.
*— Sophus Engelsted † 366.
— Gebrauch von Talk bei Zinkpaste 360.
Ritter, Hans, Die Röntgenbhdlg. des Ekzems 253.
— Weitere Beiträge zur Cholinwirkung (Wirkung auf Psoriasis) 256.
— u. Allmann, Experim. Btrge. zur Cholinwirkung 377.
— u. Lewandowsky, F., Untersuchgn. zur Wirkg. der Röntgenstrahlen auf Karzinomzellen an einem Fall von Hautkarzinomatose 359.
— s. Meyer, Hans.
Robertson, H. E., Studien üb. die Nekrose nach intramusk. Injektionen von Salvarsan u. Neosalvarsan 226.
da Rocha-Lima, H., Zur Histologie der Verruca peruviana 323.
Roecke (Frankfurt), Zur Salvarsanbhdlg. der progressiven Paralyse 189.
Rössle, Herm., Über gleichzeitige Addisonsche und Basedowsche Erkrankung 397.
Roger s. Vedel.
— H., Sartory, A., u. Ménard, P. J., Eine neue menschliche Mykose: die Chalarose 279.
Rominger, E., Z. Bhdlg. der Phimose im Kindesalter 460.
Rosenthal, O., Striae distensae et keloideae 421.
Ross, Thos. W., Dringende Empfehlung der Anwendung gerader Harnröhrensonden 271.
— Einige Bemerkungen üb. die Nägel u. ihre patholog. Veränderungen 510.
Rost, G. A., Zur Vakzineanwendg. bei Blennorrhoe 416.
Rosti, Radiotherapie b. Prostatahypertrophie, Prostatitis u. Periprostatitis chronica 584.
*Roth, Alfred, Über Embarin 69.
— Über Lipojodin 135.
— Merlusan, ein neues inneres Antisyphilitikum 141.
Rothwell, John J., Ein Fall von Ringwurm des behaarten Kopfes beim Erwachsenen 580.
Roux, Edm., Die Wassermannsche Reaktion b. Neugeborenen u. b. Säugling 37.
Rubritius, Hans, Die Koagulationsbhdlg. der Blasengeschwülste 485.
Rudolph, Max, Üb. die brasilianische Figueira 323.
*Rühl, Karl, Experim. Btrg. z. Ätiologie der Pellagra 113, 151, 176.
— Über Salvarsan u. Neosalvarsan, besonders ambulatorisch angewendet 230.
Ruete, Sclerodermia ulcerosa linearis („en bandes") 421.
Ruggiero, Romeo, Einwirkg. des lupösen Granuloms u. einiger experim. Entzündungen a. d. Knorpelgewebe 501.
Rupprecht (München), Die Prostitution der jugendl. Mädchen, ihre Ursachen u. ihre Bekämpfung 297.
Rusch, Paul 192.
Russ, C., Eine neue Methode, chron. Kolizystitis u. and. bakt. Infektionen zu behandeln 471.
Rutherfurd, Eugen, Fall von plexiformem Neurofibrom mit hypertrophischen u. Pigmentveränderungen der Haut, angiomatösen Herden, Muskelatrophie und Rarefaktion der Knochen 382.
Rygier, Stefanie, Ein Btrg. z. d. Untersuchgn. üb. das Pseudoxanthoma elasticum 383.
Rytina, A. G., Die Radikalexstirpation des Verumontanum 526.

Sachs, B., Strauss, J., u. Kaliski, D. J., Moderne therapeut. Methoden b. Syph. des Nervensystems 133.
— Otto, Z. Frühbehandlung der Syphilis 131.
— Zur Anwendg. des Urotropins (Hexamethylentetramin) in der Dermatologie 459; ferner 88, 112.
Sadger, J., Zur sexuellen Anästhesie des Weibes 525.

Digitized by Google

Sänger, Alfred, Üb. den Wert einiger Modifikationen (Cholesterinherzextrakt u. Kältemethode) d. Wasserm. Reaktion f. die Neurologie 56.
— Über Eunuchoidismus 440.
Sainton, Paul, Hautpigmentation b. Basedow 396.
Saissi, Lokalanästhesie b. Operation der Phimose 461.
Sakaguchi, Y., Ein Fall von primärem Nebenhodenkarzinom 548.
Salomonski, M., Über Erfahrung mit Embarin 140.
Šamberger, F., Eine neue Bhdlg. des akuten Ekzems 252.
Sandman (Stockholm), Über präventive Bhdlg. wg. Syphilis 76.
— Fall von Oedema perstans faciei 78.
— Fall von Urticaria chronica 78.
Sandved, M., Dystrophia adiposo-genitalis 442.
Sanfelice, Francesco, Untersuchgn. üb. das Epithelioma contagiosum der Tauben 396.
Santos, Carlos, s. Boerner.
Saphier, Johann, Zur Bhdlg. des Ulcus cruris chron. m. Radiumemanation 406.
— Über Abortivbehandlung der Lues 129.
— u. Zumbusch, L., Üb. die Bhdlg. der vereiterten Bubonen m. d. von Edelmann u. von Müller angegebenen Methylenblau-Silber 325.
Sardemann, Emil, Üb. die Bhdlg. der Aktinomykose m. Röntgenstrahlen 327.
Sartory, A., s. Roger.
Scaduto, G., Zwei mit Röntgenstrahlen behandelte u. völlig geheilte Fälle von Hyperkeratose 255.
Schaack, Wilhelm, s. Hesse.
Schalek, Alfred, Pemphigus foliaceus 278.
Schaller, R., Üb. e. Fall von spontaner Blasensteinzertrümmerung 483.
Schapira, S. W., s. Schoenenberger.
Scharff, P., Zur Prophylaxe u. Therapie der Geschlechtskrankheiten im Felde 192.
*— Das Richtersche Kontraluesin u. seine prakt. Bedeutung 233.
Scharffenberg, J., Rattenbiß in den Penis 461.
Scharnke (Köln), Enuresis u. Spina bifida occulta 444.
Schauer (Schönau), Über Kombustin (Winter) 296.
Schaumann, Jörgen, Über Radiumbhdlg. von Hautkrankheiten 73.
— Fall von Epitheliom i. e. alten Lupus erythematosus 73.
— Fall von Lupus pernio 73.
Scheide, Johannes, Ein Btrg. zur Zystenbildg. in der Prostata m. epidermoidaler Auskleidung 581.
Scherber, G., Weitere Mitteilung üb. den Verlauf der mit Quecksilber frühbehandelten Syphilisfälle 138.
Schereschewsky (Paris), Syphilisprophylaxe m. d. Chininsalbe 109.
Schindler, Carl, Der Salvarsantod. Seine Ursache u. seine Verhütung. Intravenöse oder intramusk. Salvarsaninjektion 224.
— Otto 40.
Schlasberg, H. J., Zur Frage v. d. Heilbarkeit der Blennorrhoe bei Prostituierten 73.
— Fall zur Diagnose 77.
Schlesinger, E., Üb. den gegenwtg. Stand der Radiumtherapie bösartiger Geschwülste 334.
Schloffer, H., Zur Technik der suprapub. Prostatektomie u. ihrer Nachbehandlung 587.
Schmidt (Stockholm), Über Rektalblennorrhoe bei Prostituierten 78.
— H. E., Röntgen-Therapie (Oberflächen- und Tiefenbestrahlung) 186.
Schmitt, A., Die Salvarsantodesfälle u. ihre Ursachen m. Berücksichtgg. der Salvarsanschäden 228.
v. Schnizer (Mühlhausen i. E.), Über Hexal 458.
Schöbl, O., Die Ätiologie der Trichomykosis palmellina a. d. Philippinen 299.
Schoenenberger, F. J., u. Schapira, S. W., Die intravesikale Verwendg. v. Radium b. Karzinom 486.
Schoenrich, Herbert, s. Likes.
Scholtz, W., Die Heilung der Syphilis dch. die kombin. Salvarsan-Quecksilberbhdlg. 163, 164.
— Üb. die Bhdlg. der Syphilis dch. kombinierte Salvarsanquecksilberkuren 273.
— u. Riebes, Üb. die Heilg. der Syphilis dch. kombinierte Salvarsan-Quecksilberbhdlg. 163.
Schopper, K. J., s. Kyrle.
Schramek, Maximilian 144, 360.
Schreiber, E., Üb. die Wirkungsweise des Salvarsans u. Quecksilbers b. d. Syphilis 163.
von Schubert, E., Zur Technik der endolumbalen Neosalvarsantherapie 246.
Schubert, M. E., Zur Bhdlg. der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter 303.

Digitized by Google

Schueller, Hugo, Über die Erfahrgn. mit Rademanit bei Karzinom 375.
— Zur Technik der Radium-Mesothoriumbestrahlung in der Urologie 446.
— Radiumtherapie in der Urologie 447.
Schürer von Waldheim, F., Die Heilung und Verhütung des Krebses 356.
*Schumacher, J., Silbernitrat oder Silbereiweiß? 13.
*— Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe 169.
*— Üb. das Verhalten des Salvarsans zu Silbereiweißpräparaten u. die kombin. Bhdlg. mit bd. Medikamenten 257.
— Kritisch-chem.-pharmakolog. Betrachtgn. üb. den Wert des Kalium-Aurum cyanatum b. d. Chemotherapie der Tuberkulose 416.
Schwartz, Dekortikation d. Zunge wg. Leukoplakie 335.
Scott, G. B., Die Bhdlg. der Syphilis im Royal Naval Hospital zu Chatham 130.
Seay, Cornelius James, Üb. den Wert der Vakzine b. Komplikationen der Blennorrhoe 273.
Sederholm, Fall von papulo-nekrotischen Tuberkuliden 77.
— Fall zur Diagnose 78.
— Fälle von Keratoma hereditarium palmare et plantare 78.
Seeliger, Hiram H., Über die lokale Anwendg. von Eisentinktur in der Dermatologie 185.
Seelye, Hiram H., Hautepitheliome dch. Sonnenlicht geheilt 354.
Seemann (Berlin), Zur Therapie der Hämorrhoiden 405.
Seger, Emil, Erfahrgn. mit Neosalvarsan 244.
Segrè, Giorgio, Üb. einen Fall von Hautsporotrichose 370.
Seidelin, H., Die Bhdlg. von kutanen Epitheliomen mit Äthylchlorid 353.
Seifert, Ernst, Üb. den Bau der menschl. Samenblasen 543.
Seiffert, G., u. Rasp, C., Reaktionsumschläge b. wiederholter Wasserm.-Reaktion 39.
— Otto, s. Braun.
Sequeira, J. H., Die Bhdlg. der malignen Tumoren der Haut 399; ferner 79.
Sibley, W. Knowsley, Die Bhdlg. der Akne 269.
— u. Camb, B. C., Üb. die Bhdlg. der Syphilis 505.
Sicard, Kraniozentese u. subarachnoidale zerebrale Neosalvarsaninjektionen 246.
— Reilly, Dissoziation in der Haarbildung 430.
Sikemeier, Ernst, Zur Pathogenese des generalisierten Xanthoms 382.
Silvestrini, L., Urethroplastik vermittels eines freien Stückes einer Faszie 469.
Simmonds, M., Über hämatogene Tuberkulose der Prostata 582.
— Üb. Tuberkulose des männl. Genitalsystems 445.
Simon (Plauen), Zur Kasuistik der multiplen symmetr. Lipomatose 380.
— Hermann, Die Bhdlg. der Geschwülste n. d. gegenwtg. Stande u. d. Ergebnissen der experim. Forschung 223.
— W. V., Btrge. z. Kenntnis u. Therapie der Hydronephrose 29.
Simons, Irving, s. Jones.
Sinclair, D. A., Retrourethrale zystoskopische Führung b. d. äußeren Urethrotomie 468.
Sluys (Brüssel), Ein Fall von Makrocheilie 379.
Smith, E. O., Pathologie der Prostata 565.
— George Gilbert, Chron. Zystitis b. Weibe ist keine essentielle Erkrankung 470.
— L. W., Die suprapub. Prostatektomie m. spez. Berücksichtgg. der Dränage 587.
Sobotka, Paul, Studien üb. den Einfluß experim. veränderter örtl. Bedingungen auf die Lichtreaktion (Ultraviolettreaktion) der menschl. Haut 419.
Solbrig, O., Desinfektion, Sterilisation, Konservierung 540.
Sommer, Baldomero, u. Greco, Nicolás V., Araneidismus 219.
— — Skorpionidismus. Solifugidismus (Galeodismus) 220.
— — Myriapodismus 220.
— — Phthiriasis pubis dch. Pediculi capitis 220.
— — Maculae caeruleae dch. Pulex irritans 220.
— — Creeping disease (Larva migrans, Myiasis linearis) 221.
— — Prophylaxe d. Syphilis 222.
Sowade, H., Klinische Erfahrungen mit Embarin 139.
Spät, Wilhelm, Zur Frage der Herkunft des luetischen Reaktionskörpers i. d. Zerebrospinalflüssigkeit 85.
Spalding, C. B., Die Urethra 161.
Sparmann, Bericht üb. den weiteren Krankheitsverlauf der mit Radium bhdltn. Fälle maligner Tumoren 375.
Speirs, W. R., Bhdlg. des chemischen Ulcus cruris 405.

Digitized by Google

Spencer, G. W., Die intralumbale Injektion von Salvarsanserum 225.
Spiethoff, B., Zur Lösung des Neosalvarsans im Eigenserum 245.
— Üb. die Hirndruckerhöhg. bei Lues nach Salvarsan 227.
Spietschka, Theodor 512.
Sprinzels, Heinrich 360.
Squier, J. Bentley, Chirurgie der Sanduhrblase 511.
Šrámek, R., Ein Fall von Impetigo staphylogenes Bockhart m. bes. Lokalisation u. Ausbreitung 277.
Stammler, Diagnost. u. therapeut. Krebsstudien 355.
Staniek s. Busson.
Stanziale, Rodolfo, Ein neues Quecksilberpräparat f. d. Syphilisbhdlg. (Hydrargyrum sulfamin-dimethylpyrazolon, Argulan) 142; ferner 232.
Starke (Breslau), Üb. die Anwendg. der Morgenrothschen Kombinationstherapie (Salvarsan, Äthylhydrokuprein u. Na. salicylicum) b. d. Syphilis 248.
Starkey, Frank R., Mangelhafte Funktion der innersekretor. Organe 271.
Stein, Robert Otto, Die Gilchristsche Krankheit (Blastomycosis americana) u. ihre Beziehg. z. den in Europa beobachteten Hefeinfektionen 265.
— Die Fadenpilzerkrankungen des Menschen 275.
— s. Müller, Rudolf.
Steiner, Paul, Über Urethroskopie b. chron. Blennorrhoe 272.
— Saul, Die Bhdlg. der chron. Urethritis 464.
Stemmler, Charlotte, Die Tätigkeit der Polizeipflegerin 458.
Stern, K., Üb. Entfernung von Tätowierungen 428.
Sternberg, Carl, Versuche üb. die Wasserm. Reaktion 52.
Stillians, Arthur W., s. Pusey.
Stimpson, W. G., Über Syphilisbehandlung. Vergleichende Statistik der Zahl der tägl. i. d. Krankenhaus z. Bhdlg. kommenden Syphilitiker, mit oder ohne Salvarsan, resp. Neosalvarsananwendung 506.
Stokes, John Hinchman, s. Wile.
Stone, Chester T., Quellen von Irrtümern b. d. Wasserm. Reaktion 52.
Stowers, J. H. 80.
Strachstein, A., Einige Betrachtgn. üb. die Blennorrhoe 273.
Strandberg, J., Fall zur Diagnose (Sarcoma cutis) 75.
— Fall von Onychia sicca luetica 75.
— Fall von Onychomykosis favosa 75.
Strandberg, J., Fall von Lupus erythematosus b. e. 4j. Kinde 75.
— Fall zur Diagnose 75.
— Fall von Sclerodermie en plaques 76.
— Von der Wirkung einiger Heilmittel in kolloidaler Form 79.
— Einige Worte über Onychogryphosis anläßl. eines eigentüml. Falles 421.
Straus, Friedr. 40.
Strauss, J., s. Sachs, B.
Strominger, L., Rückenmarkslokalisationen i. d. Pathologie der Niere u. Blase 83.
Strong, Richard P., Die Ätiologie von Oroyafieber u. Verruca peruviana 322.
Strübing, Paul 432.
Strzyzowski, Casimir, Übergang von Quecksilber in die Haarsubstanz nach Quecksilbereinführung unter die Haut bei Lueskranken 384.
Stühmer, A., Salvarsanserum 225, 226.
*Stümpke, Gustav, Ein Fall von Syringozystadenom 362.
Suter, F., Z. Kasuistik der Prostatakonkremente 30.
Sutton, R. L., Trichotillomanie 231.
— Das Auftreten v. krebsigen Prozessen an benignen Hautgewächsen 377.
Swan, Jocelyn, Tumoren der Blase 484.
Sweitzer, S. E., Boecksches Sarkoid 335.
Swift, H. F., u. Ellis, A. W. M., Die Zerebrospinalflüssigkeit bei Syphilis 63.
— — Die kombinierte Lokal- u. Allgemeinbhdlg. d. Syphilis des Zentralnervensystems 133.

Tabell, Irvin 182.
*Taege, Karl, Eduard Jacobi † 158; ferner 208.
Tanton, J., u. Grenier, M., Vakzinotherapie u. Serotherapie der Blennorhagie u. ihrer Komplikationen m. bes. Berücksichtg. d. Vakzine v. Nicolle u. Blaizot 82.
Teleky, Dora, Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri 30.
Thalmann, Arthur Arno 64.
Thedering (Oldenburg), Die Röntgenbhdlg. des chron. Ekzems 254.
— Zur Therapie des Herpes tonsurans 298.
— Üb. die Radiotherapie der Alopecia totalis 422.
Thiele, F., s. Fränkel.
— F. H., u. Embleton, D., Methoden der Verbesserg. d. Genauigkeit u. Empfindlichkeit der Wasserm. Reaktion 51 (Bis).
Thiers s. Dufour.
Thilo, O., Z. Bhdlg. des Formalinekzems 251.

Digitized by Google

Thimm, Paul 304.
Thomas, B. A., u. Ivy, R. H., Bemerkgn. zur Wasserm. Reaktion 35.
— — Der Gebrauch von Cholesterinextrakten f. die Wasserm.-Reaktion 57.
— J. L., Bericht üb. eine neue kombin. Methode der Prostatektomie 587.
Thompson, J., Infektion des kindl. Urintraktes dch. den Bacillus coli communis 445.
— R., Eine Operationsmethode bei Kryptorchismus 544.
— s. Iredell.
*Thümel, K., Über Embarin in der Privatpraxis 293.
Tièche (Zürich), Über zwei Fälle von Plaut-Vincentscher Stomatitis ulcerosa 331.
della Torre, Pier Luigi, Ein Fall von traumatischer Blasenruptur 512.
Touton (Wiesbaden), Üb. den Einfluß der modernen Syphilisforschung a. d. Syphilisbhdlg. in Badeorten 110; ferner 88.
Trammer, Emil 468.
Treitel, Über Ristin, ein neues Krätzemittel 429.
Trembur, F., Neuere, insbes. röntgenologische u. zystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken 444.
*Trendelenburg, F., Über Nosokomialgangrän 385.
Trenkler, Rudolf, Üb. einen Fall von vollkommener Penisspaltung 462.
Treupel (Jena), Untersuchgn. üb. das Verweilen des Salvarsans in der Blutbahn bei intraven. Injekt. konzentr. wäßriger u. konzentr. Serumsalvarsanlösung 417.
Troin, G., s. Launois.
Troisfontaines, P., Das Galyl, ein Arsenpräparat gg. Syphilis 165.
Trossarello, M., Intradermoreaktion b. Lues dch. Extrakt aus skrotalen Syphilomen v. Kaninchen (Treponemina) 58.
Truffi, M., Üb. die Wirkung d. Goldes bei experim. Syphilis 135.
*Trýb, Ant., Ein Btrg. z. Kenntnis der präkanzerösen Wucherungen 553.
Tsuzuki, M., Ichibagase, K., Hagashi, H., u. Htano, Antiluetin, ein neues Mittel der Kombinationstherapie u. seine therapeut. Wirkung 136.
Tubby, A. H., Eine neue Methode der Narbenbehandlung mit multiplen Inzisionen u. Thiosinamin 381.
Tyler, A. F., Üb. den Wert der Röntgenstrahlen b. d. Diagnose von Harnsteinen 273.
Uncini, Cherubino, Üb. die Wirkg. einiger Essenzen auf die Psoriatikerhaut 215.
Underhill, A. J., Zysten der Urethra prostatica 465.
Unna, Georg Wilhelm 336.
— K., Die Entfernung des Frauenbartes 431.
*— P. G., Die Wirkung des Höllensteins 20, 46.
*— Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri) als Ersatz der grauen Quecksilbersalbe 337.
*— Weizenstärke als Hautmittel u. ihr Ersatz 473; ferner 304.
— jr., Paul 448.
Unterberg, H., Die Bakterienflora der normalen Prostata 566.
Uribúrú, Julio V., Hygiene d. Haut u. der behaarten Kopfhaut in der Schule 222.

Valentiner, Otto 232, 256.
Varney, H. R., u. Baeslack, F. W., Eine vergleichende Studie üb. Antigene f. die Wassermann-Reaktion 54.
— u. Morse, P. F., Die Abderhaldensche Technik, angewandt zur Diagnose der Syphilis 578.
Vaudescal s. Bender.
Vázquez, A. Hernández, Ein Fall von Intoleranz gg. Quecksilber 524.
Vedel, Roger, u. Blouquier de Claret, Plötzl. Tod nach einer Lumbalpunktion 407.
Vernes s. Jeanselme.
Verrotti, Giuseppe, Übertragg. einer Emulsion eines Leproms auf einen niederen Affen. Entstehg. eines primären subkut. Knotens a. d. linken Arme u. sukzessiver sekund. Knoten a. d. rechten Arme 214.
Verzár, St., Mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle 203.
Vignolo-Lutati, Carlo, Beitrag z. Studium der professionellen Leukodermien und Melanodermien 213.
— Bhdlg. des Pruritus vulvae mit Radium 371.
Villafranca, Rafael, s. Heiser.
Li Virghi, G., Über Kollikulitis 83.
Vörner, H., Über Phlebitis zoniformis ectatica und den Zonalismus 265.
Volk, Richard, Zur Kenntnis der „subkutanen Sarkoide" (Darier-Roussy) 335.
— s. Grosz; ferner 208, 408.

Wadhams, S. H., u. Hill, E. C., Resultate der Bhdlg. d. Syphilis mit Salvarsan u. Neosalvarsan 229.

Digitized by Google

Waegeler, H., Zur Histogenese der Nabeladenome nebst e. kasuist. Beitrag 380.
Waelsch, Ludwig, Z. Bhdlg. des Pruritus ani 427.
Wagner, Karl, Die Diagnose u. Therapie der Syphilis in der Hand des prakt. Arztes 88.
Walker, E. A., Bericht üb. ein ungewöhnl. großes Harnröhrenkonkrement 466.
Walsh, David, Lichen planus 277.
Warnecke (Görbersdorf), Btrg. z. Frage der Beziehg. der Tuberkulose zur Psoriasis 276.
von Wassermann, August, Analyse der Wirkung radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs 356; ferner 40.
Weber, F. P. 80.
Wechselmann, Wilhelm, Über reine Salvarsantherapie der Syphilis 190.
— Kritische Bemerkgn. z. Pathogenese eines „Salvarsantodesfalles" 229.
Weichselbaum, A., Ätiologie u. Diagnose der bösartigen Geschwülste 332.
Weidenfeld, Stephan, u. Pulay, Erwin, Einige Bemerkgn. zur Prophylaxe der Pedikulosis 430.
— — Einige Beobachtgn. üb. Hautkrankheiten im Kriege 471.
Weil, Pierre, s. Mathieu.
— Richard, Die Wirkungen des kolloidalen Kupfers, m. e. Analyse der therapeut. Kriterien beim menschl. Karzinom 376.
Weill, E., u. Dufourt, A., Herpetische Stomatitis dch. Pneumokokken 278.
Weinbrenner (Koblenz), Heilung des Hautkrebses mit Salizylsäure 376.
Welcker, A., Nachtrag zur Cholera- u. Typhusgangrän. Die symmetr. Gangrän im Balkankriege. Kein Frostschaden 321.
Wesener, F., Zweijährige Erfahrgn. m. d. Wasserm. Reaktion 36.
Wettstein, C. R., Über Hämaturie 161.
Wetzel (Straßburg), Btrg. zur Lehre von der Malakoplakie der Harnblase 510.
Weygandt, W., Jakob, A., u. Kafka, V., Klin. u. experim. Erfahrgn. b. Salvarsaninjektionen in das Zentralnervensystem 224.
Wheeler, W. J. de C., Anastomosierung des Vas deferens 542.
Whitby, V., Ein auf Maul- u. Klauenseuche verdächtiger Fall 277.
White, Charles J., Die Anwendg. von Kalziumlaktat b. d. Bhdlg. gewisser Dermatosen 579.
— James Clarke 232.
Whitfield 80.
Wick, Gundu in Neuguinea 379.
Wiener, Salomon, Bhdlg. der Harnröhrenkarunkel m. Hochfrequenzkautherisation 465.
Wildbolz, Hans, Diagnose u. Bhdlg. der Blasen- u. Nierentuberkulose im Beginne 84.
— Die operative Bhdlg. der Prostatahypertrophie 585.
Wile, Udo Julius, u. Stokes, John Hinchman, Studium der Spinalflüssigkeit in bzg. auf Störungen des Nervensystems bei der Sekundärsyphilis 578.
*Wilke, Karl, Beiträge z. Statistik der Skabies auf Grund der von 1903—1910 in der Leipziger Hautklinik behandelten Krätzekranken 281, 310, 344.
Williams, G. O., Bhdlg. variköser Ulzerationen mit Käse 405.
Willmes, Josef, Die Bhdlg. der Furunkulose m. Autovakzinen 303.
Wise, Fred, Röntgenstrahlen b. Ekzem d. Hände. Vorläuf. Bericht üb. die Bhdlg. chron. rezidiv. u. hartnäckiger Fälle 255.
— Lichen planus der Glans penis u. dessen Bhdlg. mit Röntgenstrahlen 277.
— s. McKee.
With, Carl, Üb. die Fällungsreaktion m. glykocholsaurem Natrium bei Zerebrospinalflüssigkeit 85.
— s. Bang.
Wittig, Walter, Bhdlg. des Bubo m. Röntgenstrahlen 325.
Wittmer, Albert 192.
Wizel, A., Sexuelle Störungen psychischer Natur 84, 373.
Wodak, Ernst, Hat der Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? 256.
Wohl, M. G., Granuloma fungoides 328.
Wolbarst, Abraham L., Ein Bericht über sieben Fälle von Syphilis, die mit einer Salvarsaninjektion geheilt zu sein scheinen 190.
— Die allgemein durchgeführte Zirkumzision als sanitäre Maßregel 460.
Wolf (Wiesbaden), Salvarsanbehandelte Mütter u. ihre Kinder 167.
Wolff, Wilhelm 40.
Wolffenstein, W., Die Gefahren der Quecksilberkuren u. ihre Verhütung nebst e. Falle von merkurieller Scheidengangrän 137.
Wolfsohn, Julian Mart., Die Kutanreaktion b. Syphilis 60.
Woodward, H. M. M., u. Clarke, K. B., Bericht üb. 3 Fälle von Rotz 248.
Wossidlo, Erich 40.
— H., Diathermie u. Elektrokoagulation in der Urologie 447.

Digitized by Google

Young, Hugh Hampton, Der gegenwtg. Stand der Diagnose u. Therapie der Blasentumoren 484.

Zaccarini, Giacomo, Ein Fall von angeborener Elefantiasis der unt. Extremität 214.
Zannini, W., Ein eine Cystis sebacea vortäuschendes Kankroid der behaarten Kopfhaut 439.
Zappalà, Antonino, Andere Kulturmedien für Mikrosporon furfur 215.
— Beziehgn. der Psoriasis zu der Dermatitis desquamativa maligna u. septischen Agentien 370.
Zarzycki, St., s. Arzt.
Zeher, Noah, Ein Fall von Nekrose des Skrotums, veranlaßt dch. chem. Reizung u. kompliziert m. Erysipel 505.
v. Zeissl, M., Bhdlg. der Syphilis mit Salvarsan u. Quecksilber 164.
Zieler, Karl, Üb. intraepidermoidale Krebsausbreitung u. die unter d. Namen „Paget-Krebs" bekannte Erkrankung der Haut 402; ferner 144.
Zigler, M., Befürwortung intensiverer Quecksilberbhdlg. bei Syphilis 137.
Zimmermann, J. B., s. Hopkins.
Zinsser, Ferdinand 64.
Zondek, Entfernung einer russischen Maschinengewehrkugel aus der Blase dch. die Urethra 483.
Zuckerkandl, O., Über Zystographie 470.
Zürn, Btrg. z. Abortivbehandlung der Syphilis 127.
v. Zumbusch, L., s. Saphier.
Zúriga, V. Rodriguez, Resultate der Opotherapie bei Addisonscher Krankheit 397.
Zwick, A. D., Üb. neue Btrge. zur Urologie von seiten der Franzosen 506.

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TOROK-Budapest, A. TRÝB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA HAMBURG
P. TAENZER BREMEN
J. H. RILLE LEIPZIG
E. DELBANCO HAMBURG

EINUNDSECHZIGSTER BAND

1915

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 10 ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG UND HAMBURG
VERLAG VON LEOPOLD VOSS
1915

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(** bedeutet „Feuilleton".)

	Seite
Zur Kenntnis der Lichenformen, von Kurt Born	643
Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum, von Smilovici	675
Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum, von J. Schumacher	676
Histologische Untersuchungen an — zum Teil bloß lokal — mit Arsen behandelten Fällen von Lichen ruber planus, von Menahem Hodara	699
Über eine seltene Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberositatis tibiae) im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe, von E. Klausner	723
Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion, von F. Šamberger 739. 763. 791. 947. 976.	999
Lucien Jacquet †, von Br. Bloch	745
Unsere Therapie der kongenitalen Lues, von F. Hell	787
Kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen, von A. V. Knack	811
Nachtrag	1060
Ein Fall von Urachusfistel (kombiniert mit kondylomatöser Syphilis der Nabelgegend), von A. Gappisch	827
Gonorrhoe der weiblichen Genitalia interna, von E. Pontoppidan	843
Die Prophylaxe der Pyrogallolvergiftung, von Max Bockhart	859
Über konzentrierte Neosalvarsan- und Salvarsannatriuminjektionen, von J. Schumacher	860
Ein Simulationsfall von Gesichtsulkus bei einer Hysterischen, von Hans Marx	883
Paul Ehrlich †, von Delbanco	907
Ein Vergleich zwischen Salvarsan und Neosalvarsan bezüglich ihrer Wirkung bei experimenteller Syphilis, von Mario Copelli	908
Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation, von J. Schumacher	919
Nachtrag	997
Über Argulan, ein neues organisches Quecksilberpräparat, von Victor Mentberger	931
Beitrag zur Behandlung der Urtikaria (Chlorkalziumkompretten), von Otto Seifert	971
Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen, von E. Klausner	995
Die Trichophytinreaktion im Blutbild, von G. Miescher	1011
Über den Einfluß reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken, von Josef Schumacher 1035.	1054
Zur Technik der Neosalvarsananwendung, von Carl Stern	1040
Über zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion oder Pseudo-Reinfektion nach Salvarsan-Quecksilbertherapie, von Tièche	1051
Felix Martin Oberländer †, von Posner	1061
Über im Deutschen Reiche autochthon entstandenen Favus, von N. J. Goldkraut	1067
Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum, von B. Pontoppidan	1077
Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (mit Einschluß der Luetinreaktion), von V. Kafka	1091
Diffuse Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in der Nebennierengegend (traumatischer Morbus Addisonii), von W. Fischer und H. Leschcziner	1115
**Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber Geschlechtskranken, von Hans Lieske	1119
Über den diagnostischen Wert der Wassermannschen Reaktion, von Bendig	1139
Über Lupus follicularis disseminatus, von G. Nobl	1163

Digitized by Google

Versammlungen.

Seite

Berliner Dermatologische Gesellschaft 1103. 1126
Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1088
Royal Society of Medicine, Dermatological Section 865. 893. 1106. 1127

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiliográficas 749
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 868
Archiv für Dermatologie und Syphilis 728. 1024. 1153
Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma 1156
Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle 869
The British Journal of Dermatology 688. 983. 1110. 1155
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis 651. 746
Lepra 780
The urologic and cutaneous Review 711. 774. 799. 871
Dermatologische Zeitschrift 725. 1023. 1151
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 777
Zeitschrift für Urologie 772
Zeitschrift für urologische Chirurgie 656
Dermatologisches Zentralblatt 730. 1025. 1155

Personalien: 674. 698. 722. 738. 762. 786. 826. 858. 882. 906. 930. 946. 970. 994. 1010. 1034. 1050. 1066. 1090. 1114. 1138. 1162. 1178.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

3. Juli 1915 | Nr. 27 | Band 61

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Zur Kenntnis der Lichenformen.

Von

Dr. Kurt Born.

(Mit 3 Abbildungen.)

Im allgemeinen macht die Differentialdiagnose zwischen Lichen ruber acuminatus und Lichen syphiliticus nicht die geringste Schwierigkeit. Auch gestalten sich die beiden Hautaffektionen in ihrem weiteren Verlaufe durchaus verschieden. Die Effloreszenzen des Lichen syphiliticus können allerdings Monate hindurch unverändert persistieren — Balzer[1]) beobachtete einen Fall von 18monatlicher Dauer — und dabei ihre regionäre Beschränkung und charakteristische Gruppierung bewahren; bisweilen findet eine Weiterentwicklung zu kleinpustulöser Syphilis statt. Demgegenüber hat der Lichen ruber die Neigung, sich regellos über den größten Teil der Körperoberfläche zu verbreiten. Es schießen immer neue Knötchen neben den alten empor, so daß es schließlich zur Ausbildung diffuser, mit Schuppen bedeckter Plaques kommt. Auch das Abklingen beider Krankheitsprozesse ist verschieden. Das luetische Exanthem bildet sich gleichmäßiger zurück; wir finden neben leicht desquamierenden Involutionsformen zuletzt seichte, atrophische, meist mit Pigment ausgestattete Grübchen. Der Lichen ruber acuminatus hingegen bringt es noch zu neuen Eruptionen, wenn die alten mehr oder minder verändert oder involviert sind.

Die mikroskopische Untersuchung mit dem für Lichen syphiliticus charakteristischen Befunde von Riesenzellen und den bei allen papulösen Syphiliden nachweisbaren Unnaschen Plasmazellen, endlich die Wassermannsche Reaktion wird dem in der makroskopisch-klinischen Diagnose nicht hinreichend versierten Arzte die gewünschte Aufklärung bringen.

Nicht immer maßgebend für die Diagnose ist das Postulat sonstiger sekundär-syphilitischer Manifestationen, wie Plaques muqueuses des Mundes und Rachens, Kondylomen der Genitoanalregion u. dgl., da wie Rille betont, es gerade bei Lichen syphiliticus der Zufall oft genug mit sich

[1]) Balzer zit. bei Fournier, Traité de la Syphilis, Bd. 1, S. 305, Paris 1898.

Digitized by Google

bringt, daß die genannten Erscheinungen fehlen, und man auf die diagnostische Beurteilung des Exanthems als solches angewiesen ist. Lichen planus in seiner über die Körperoberfläche disseminierter Form ist gelegentlich von weitgehender Ähnlichkeit mit Lichen syphiliticus. Wie eine bemerkenswerte Beobachtung von RILLE[1]) zeigt, kann auch das Umgekehrte der Fall sein, indem ausnahmsweise einmal einzelne miliäre Syphilisknötchen eine den Follikelausmündungsstellen entsprechende punktförmige Vertiefung zeigen können, welche an die Dellenbildung des Lichen planus erinnert.

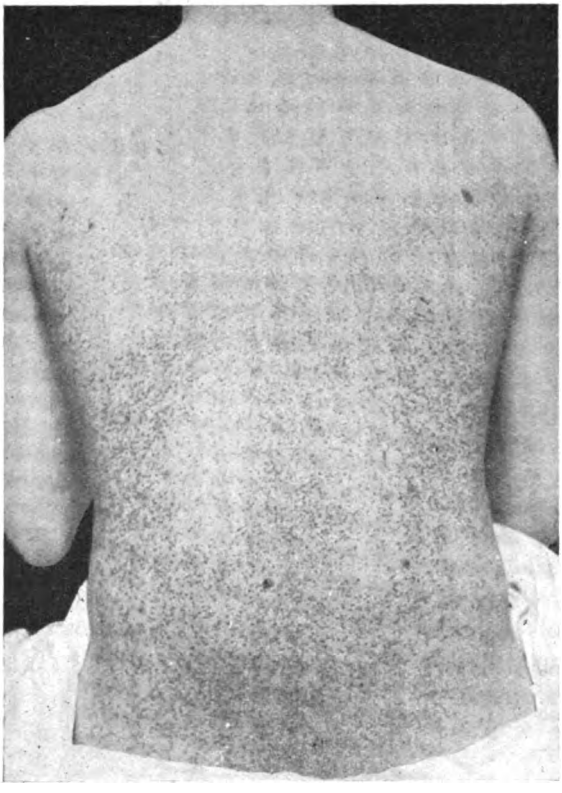


Fig. 1. Lichen syphiliticus.

Wenn wir auf diese diagnostischen Fragen hier eingegangen sind, so waren uns hierfür zwei nicht ganz gewöhnliche Beobachtungen der hiesigen Klinik maßgebend, einerseits ein Fall von Lichen syphiliticus mit dornenähnlichen Hornkegeln auf der Kuppe der Effloreszenzen, andererseits ein Fall von Lichen ruber acuminatus vom Typus der sog. Pityriasis rubra pilaris, bei welchem die Effloreszenzen am Stamme vielfach in Form von Gruppen und Kreislinien angeordnet waren.

Fall I (Lichen syphiliticus). C. H., 21 Jahre, Schlosser, aufgenommen 10. IV. 1903.

Anamnese: Als Kind bis auf einige Kinderkrankheiten gesund. Vor $2^1/_2$ Jahren Operation wegen vereiternder Halslymphdrüsen, die schon längere Zeit vorher angeschwollen waren. Vor 6—7 Wochen bildete sich ein knötchenartiger Ausschlag am Körper ohne weitere Gesundheitsstörung. Da Bäder- und Salbenbehandlung nichts fruchteten, wurde Patient dem Krankenhause St. Jakob überwiesen und mit der Diagnose „Lichen scrofulosorum oder Lichen acuminatus?“ auf die Hautstation der derm. syph. Klinik

[1]) RILLE, Vier Kranke mit verschiedenen Lichenformen. Med. Gesellsch. Leipzig, 17. II. 1903; M. m. W., 1903, Nr. 12.

Digitized by Google

aufgenommen, bis Hr. Prof. Rille bei der nächsten Morgenvisite die Hautaffektion als Syphilis erkannte.

Status: Gut genährter, wohlgebauter Patient mit gut entwickelter Muskulatur. Die inneren Organe ohne Besonderheiten. Haut: Am Stamme mit Ausnahme der oberen Brustpartien, insbesondere an der Seitenwand des Thorax von den Brustwarzen nach abwärts und ganz besonders reichlich am Rücken befinden sich dichtgedrängte, meist stecknadelkopfgroße, braunrote, mitunter auch düster blaurot gefärbte Knötchen, welche in der Mehrzahl von einem kleinen, trockenen, hin und wieder 1—2 mm langen Hornkegel gekrönt sind. Dieselben sind zum Teil in deutlichen Reihen angeordnet oder zu Gruppen und Häufchen zusammengedrängt. Vielfach treten auch, zumal in der Lumbalgegend, ring- und kreisförmig angeordnete Knötchengruppen hervor. Weitaus am stärksten befallen ist der Rücken von der Spina scapulae an nach abwärts; namentlich die mediane Rückenfurche, die Skapularlinie, die Lumbal- und Kreuzbeingegend sind mit dichtgedrängten Knötchen besetzt (vgl. Fig. 1). An den Extremitäten ist die Partie unter der Deltoideswölbung, die Ellenbeuge und die innere Schenkelfläche am stärksten affiziert; hier treten die Hornkegel minder deutlich als am Stamme hervor. Im Gesicht finden sich nur einige wenige solcher mehr abgeflachter und etwas größerer Effloreszenzen an der Stirn. Die Schleimhaut des Mundes und Rachens ist frei; die Submental- und Aurikularlymphdrüsen wallnußgroß und fluktuierend; aus einigen Fistelgängen entleert sich auf Druck Eiter.

In der Crena ani einige mäßig elevierte, über linsengroße, nässende, blaßrotbraune Effloreszenzen (breite Kondylome).

Therapie: Liquor ferri jodati, später Sublimatinjektionen, in deren Gefolge nach $3^1/_2$ Wochen Rückbildung der Hauterscheinungen mit Hinterlassung von Pigmentierungen und stellenweiser zart atrophischer Grübchenbildung erfolgt.

Wir haben es hier demnach mit einem lichenoiden, mit Hornkegelbildung einhergehenden Syphilide zu tun, das nicht geringe Ähnlichkeit mit Lichen ruber acuminatus darbietet.

Die Diagnose Syphilis ergab sich aus der meist braunroten, stellenweise mattglänzenden Infiltration der Effloreszenzen und vorzüglich aus der besonders an den abhängigen Rückenpartien prägnant hervortretenden Gruppenbildung. Auch die Lokalisation des Exanthems an der Vorderfläche des Körpers, insbesondere an der Seitenwand des Thorax in der Höhe des Rippenbogens, ferner in der Ellenbeuge ergaben die Gesamtphysiognomie eines Syphilides in unverkennbarer Weise. Die Diagnose wurde durch die Auffindung nässender, breiter Kondylome in der Aftergegend erhärtet und durch den Effekt der spezifischen Therapie vollends bestätigt. Die Wassermannsche Reaktion war damals noch nicht bekannt.

Trotzdem die hier von uns mitgeteilte Beobachtung eines Lichen syphiliticus mit Hornkegelbildung zu den größten Seltenheiten gehört, steht unser Fall in der Literatur nicht allein da. Eine ganz analoge Beobachtung ist bereits von Howard Fox[1]) — sechs Jahre nach unserem Falle — veröffentlicht worden.

[1]) Fox, Howard, A Case of Syphilis resembling Pityriasis rubra pilaris, J. Am. m. Assoc., 1909, Bd. 53, S. 947.

Digitized by Google

Die Patientin, eine 30jährige Witwe, kam im August 1908 zur Beobachtung und zeigte ein über Gesicht, Stamm und Extremitäten verbreitetes Exanthem. Dieses bestand aus stecknadelkopfgroßen, konisch prominenten, mit Schuppen gekrönten Knötchen, die keine Neigung zur Konfluenz zeigten und keinen Juckreiz verursachten. Am Gesicht fanden sich wenig prägnante, gerötete, schuppenbedeckte Flecke. Eine Genitalaffektion war nicht bekannt. Keine Drüsenschwellungen, keine Veränderungen in der Mundhöhle. Die Volae manus waren schwielig verdickt; es bestand aber keine Psoriasis luetica. Auffällig war nur die Neigung der Knötchen, zu Gruppen zusammenzutreten. Die Streckseiten der Extremitäten waren frei.

Von einem namhaften Dermatologen New Yorks wurde dieser Fall mit Bestimmtheit für Pityriasis rubra pilaris erklärt. 14 Tage später zeigten die Effloreszenzen gewisse Veränderungen, indem sie sich zu echten Papeln umwandelten. Die nun einsetzende spezifische Behandlung war von Erfolg; denn im Verlaufe eines Monates bildete sich der größere Teil der Knötchen zurück. Als weiteres Symptom der sekundären Lues entstand nach einigen Wochen noch eine ziemlich starke Iritis.

Eine instruktive Abbildung des Falles zeigt große Ähnlichkeit mit unserer Leipziger Beobachtung.

Wohl höchst ungewöhnlich ist die von La Mensa[1]) verzeichnete Mitteilung eines Falles von Lichen scrofulosorum mit solcher generalisierter Dornenbildung.

Bei einem 12jährigen, schlecht genährten, mit fieberhafter, chronischer, diffuser Bronchitis behafteten Jungen besteht eine am Stamme lokalisierte, aus nadelkopfgroßen Knötchen bestehende Hauteruption. Die Effloreszenzen sind teils von gelblicher, teils von roter Farbe und von kleinen, dünnen, adhärenten Schüppchen bedeckt und vermehren sich an der einen Stelle, während sie an der anderen von selbst verschwinden. Einzelne zeigen Hornfilamente, die wie Dornen hervorragen und zuweilen von einem Lanugohaare durchbohrt sind. Diese Hornfortsätze lassen sich mit dem Fingernagel leicht zerquetschen und bestehen mikroskopisch aus Lamellen von Hornsubstanz. Entfernt man sie, so wachsen sie bald wieder nach.

Ophthalmo- und Kutisreaktion geben ein deutlich positives Resultat. Histologisch finden sich perifollikuläre Infiltrate, deren Struktur sich der des Tuberkels nähert.

Auch Hallopeau[2]) gibt an, daß die Schuppen bei Lichen scrofulosorum bisweilen ein horniges Aussehen darbieten und eine förmliche Schuppenscheide um den Haarschaft bilden können, so daß die Ähnlichkeit mit Pityriasis rubra pilaris zu einer frappanten wird.

Eine analoge Beobachtung ist möglicherweise die von Blaschko[3]); auch Crocker[4]) hat vielleicht ähnliches vor Augen, wenn er die Möglichkeit der Verwechslung eines ungewöhnlich stark schuppenden Lichen scrofulosorum mit Psoriasis punctata anführt.

---

[1]) La Mensa, N., Lichen scrophulosorum mit generalisierter Dornenbildung. Arch. f. Derm., 1910, Bd. 103, S. 219—226 (mit Abbildung). — [2]) Hallopeau u. Leredde, Dermatologie, Paris 1900, S. 517. — [3]) Blaschko, Berl. Derm. Gesellsch., 1. Juli 1902; Ref. Mh. f. pr. Derm., 1902, II, Bd. 35, S. 152 und Derm. Zschr., 1903, Bd. 10, S. 43 f. — [4]) Crocker, Diseases of the Skin, 2. Auf., London 1893, S. 278; 4. Aufl., 1903, S. 404.

Digitized by Google

Fall II (Lichen ruber acuminatus). Seit August 1910 war an der hiesigen dermatologischen Poliklinik lange Zeit ein Fall von Lichen ruber acuminatus in Beobachtung, der diagnostisch keine Schwierigkeiten bot, aber dadurch, daß die Einzeleffloreszenzen in einer dieser Affektion gewöhnlich nicht zukommenden Weise an bestimmten Stellen in Gruppen, Kreisen und Bogenlinien angeordnet waren, höchst bemerkenswert ist und eben deshalb einigermaßen an Lichen syphiliticus erinnerte.

Es handelte sich um den 22-jährigen Versicherungsbeamten K.R. Die eigene und die Familienanamnese sind ohne Besonderheiten. Die ersten Anfänge seines Leidens datiert Patient acht Jahre zurück.

Status: Auf der mit vollem Haar versehenen Kopfhaut läßt sich leichte Abschuppung wie bei Seborrhoea sicca nachweisen. An den seitlichen Partien der Stirn finden sich zahlreiche, wenig prominente, bräunliche Knötchen, die an ihrer Spitze Hornschüppchen tragen. Die Haut der Augenbrauengegend ist fein granuliert und mit Schuppen bedeckt, die von den austretenden Haaren durchbohrt werden. Die Wangen fühlen sich rauh an und scheinen wie mit einem feinen Puder bestäubt. Im übrigen ist die Gesichtshaut von normaler Beschaffenheit. Um Hals und Nacken finden sich die Veränderungen in Gestalt zweier parallel verlaufender Kreislinien. In der Höhe der Regio hyoidea sind die Knötchen gröber, flacher, in Reihen gestellt und durch Querfurchen getrennt, so daß die Haut wie Chagrinleder aussieht; nach den Seiten hin stehen sie isolierter, um am Nacken wieder zu einer grobgekörnten, mäßig schuppenden Plaque zusammenzutreten. Die untere Kreislinie beginnt an den seitlichen Halsteilen unterhalb des Kehlkopfes; die Knötchen werden nach hinten zu zahlreicher und bilden in der Gegend der Vertebra prominens einen großen Herd von granulierter Oberfläche und stärkerer Rötung.

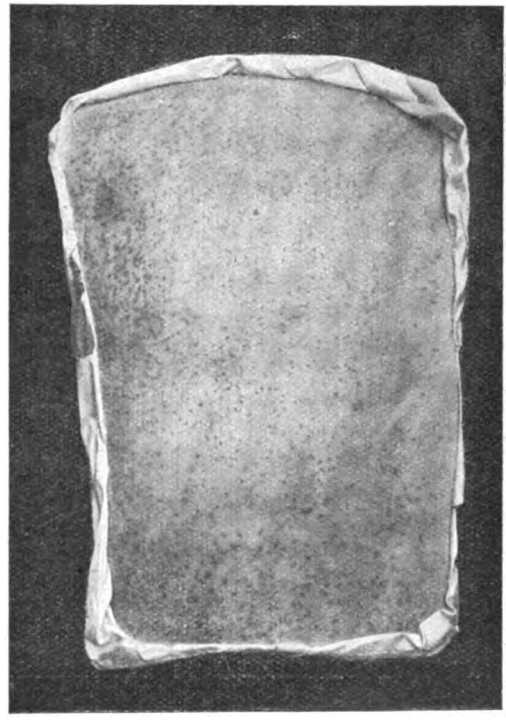


Fig. 2. Lichen ruber acuminatus.

Die vorderen Brustpartien sind nur schwach befallen, reichlicher finden sich die Effloreszenzen über den vorderen Achselfalten und abwärts von den Mamillen an den abhängigen Thoraxpartien. Hier zeigen sie eine ausgeprägtere, konische Form und die bekannten Hornhügelchen.

Der Hauptsitz der Erkrankung ist die Haut des Abdomens. In einiger Entfernung vom Nabel stehen dichtgedrängte, rötlichbraune, zugespitzte Knötchen mit charakte-

Digitized by Google

ristischen, federfahnenähnlichen, hornigen Fortsätzen, die besonders bei seitlicher Betrachtung auffallen. Nicht zu verkennen ist ihre Neigung, in dieser Gegend zu offenen oder geschlossenen Kreis- und Bogenlinien zusammenzutreten (vgl. Fig. 2). Weiter abwärts in der Unterbauchgegend stehen sie in querverlaufenden Reihen entsprechend der Spaltrichtung der Haut. Penis und Skrotum sind frei; in der Regio pubica hat die Epidermis die Beschaffenheit einer Cutis anserina und ist mit feinen Schüppchen bedeckt, die von den Pubes durchsetzt werden.

In der Gegend des Akromion finden sich beiderseits rote, prominente, dichter gestellte Knötchen, darunter einige größere akneartige; dicht besetzt ist auch die hintere Achselfalte; über den Schulterblättern treffen wir die schmutzigbräunlichen Effloreszenzen in geringerer Zahl. Nach der hinteren Medianfurche werden sie immer spärlicher, so daß letztere fast frei erscheint. Unterhalb der Skapulae werden sie wieder zahlreicher. Die Einzeleruptionen sind hier wenig eleviert und in Form eines weitmaschigen Netzes angeordnet. Am stärksten befallen ist der Rücken in Höhe und unterhalb des Taillengürtels sowohl in der Medianfurche wie auch in den seitlichen Partien. Analog dem Befunde in der Regio mesogastrica sind hier die Knötchen gut konisch ausgeprägt, von rotbrauner Färbung und mit feinborstigen Fortsätzen versehen. In gleicher Weise ist auch die Anordnung in offenen oder geschlossenen Kreis- und Bogenlinien zu konstatieren. Andernorts wieder stehen sie so gehäuft, daß man von Gruppenbildung sprechen kann.

Fig. 3. Lichen ruber acuminatus.

Die Gesäßgegend ist von zahlreichen, weniger prominenten, gelbbräunlichen Effloreszenzen bedeckt, die der Haut besonders über den Sitzbeinhöckern eine reibeisenähnliche Beschaffenheit verleihen. In der Kreuzbeingegend zu beiden Seiten der Afterkerbe befindet sich ein größerer, scharf hervortretender Herd, der an grob chagriniertes Leder erinnert und mit weißlichen bis schwefelgelben, fest anhaftenden Schuppen bedeckt ist.

Beide obere Extremitäten sind gleichmäßig affiziert. In toto sind die Beugeseiten weniger befallen. In der Ellenbeuge und oberhalb des Handgelenks am untersten Drittel des Unterarms ist die Haut von normaler Beschaffenheit. An den Streckseiten treten die Knötchen zahlreich in unregelmäßiger Verteilung auf, am Oberarm mehr hellbraun und zierlich, in den distalen Teilen des Unterarmes mehr blaurot und deutlich kegelförmig. Über dem Olekranon finden sich jederseits eine schuppenbesetzte, drusig-papilläre Plaque. Gut ausgebildete, mit Hornkegelchen gekrönte Knötchen bedecken den Handrücken, welche mitunter gleichfalls in ganzen oder halben Kreisen formiert sind (vgl. Fig. 3). Während die Mitte desselben minder befallen ist, sind die radiale und ulnare Seite von je einem zirkumskripten, längs gestellten Krankheitsfelde

Digitized by Google

eingenommen, das seine Zusammensetzung aus Einzeleffloreszenzen gut erkennen läßt. Derartige kleinere Herde nehmen auch die Streckseite der Grundphalange des zweiten bis fünften Fingers ein; auf der entsprechenden Stelle des Daumens sind die Eruptionen spärlicher. Die Nägel sind verdickt, ihre Oberfläche glanzlos. An der Vola manus ist die Haut rauh, trocken, schwielig verdickt und braunrot matt glänzend. Die Furchen sind scharf ausgeprägt und durch Schuppenbildung weißlich verfärbt.

Beide untere Extremitäten sind in gleicher Weise affiziert. Am Oberschenkel sind Streck- und Beugeseite von zahlreichen, unregelmäßig verteilten, gelbrötlichen Knötchen besetzt. Die Gegend der Patella und die Fossae popliteae sind verschont geblieben.

Am Unterschenkel finden sich Effloreszenzen bis fast zu den Knöcheln in geringerer Zahl und weniger prominent. An der medialen Seite des Fußrückens, am äußeren Knöchel, besonders links und über der Achillessehne sehen wir chagrinierte, mit Schuppenauflagerungen versehene Krankheitsherde. Die ersten Phalangen der zweiten, dritten und vierten Zehe sind in ähnlicher Weise verändert wie die entsprechenden Stellen der Finger. Die Nägel sind verdickt, mißfarbig und an der Oberfläche schilfrig. Die Fußsohle ist in eine glänzend braunrote, derbe Schwiele umgewandelt, von tiefen Furchen durchzogen und mit dicken, wachsgelben Schuppen bedeckt, die insbesondere die Ferse wie mit einem Panzer überziehen.

Der Patient fühlt sich, abgesehen von etwas Mattigkeit in den Beinen, wohl; Juckreiz besteht nur in geringem Grade, meistens in den Abendstunden.

Daß die Effloreszenzen des Lichen acuminatus außer in Form von Strichen auch in Kreisformen angeordnet sein können, ist zwar in einigen Lehrbüchern verzeichnet, doch keineswegs noch gebührend und eingehend gewürdigt worden. Hebra selbst, der erste Beschreiber des Lichen ruber, erwähnt in der ersten Auflage seines großen Werkes (1860) nichts hiervon, und man hat den Eindruck, daß er nur die Akuminatusformen von diffus flächenhafter Verbreitungstendenz kenne. In seiner bekannten, dortselbst abgedruckten differentialdiagnostischen Tabelle über die Lichenformen ist geradezu von „nichtgruppierten“ Knötchen gegenüber „der gruppenweisen Anordnung“ des Lichen scrofulosorum die Rede. In der zweiten von Kaposi bearbeiteten Auflage des Hebraschen Werkes (1874) ist allerdings in Text wie Tabelle auch von gruppierten Knötchenbildungen die Rede; es steht aber außer Zweifel, daß die Autoren an dieser Stelle keineswegs den Lichen acuminatus, sondern den ihnen vordem unbekannt gewesenen, inzwischen von Erasmus Wilson (1869) und Isidor Neumann (1873) beschriebenen Lichen planus vor Augen haben. Erst in dem von Kaposi selbständig edierten Lehrbuche[1]) findet sich, nachdem der Autor in der Folge seine umfassenden Erfahrungen über Lichen ruber gesammelt hatte, der Passus, daß die Akuminatusknötchen, welche vorerst disseminiert stehen, sich alsbald in Strichen oder Kreislinien anreihen. Lehrreich in dieser Beziehung ist

[1]) Kaposi, Path. u. Ther. d. Hautkrankh., 5. Aufl., Wien u. Berlin 1899, S. 469.

Digitized by Google

die kolorierte Abbildung eines 1867 von Hebra beobachteten Falles, welche der Abhandlung von Kaposi: „Noch einmal Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus“[1]) beigegeben ist. Es handelt sich um einen 38 Jahre alten Kranken, welcher zum ersten Male im zweiten Lebensjahre von Lichen acuminatus befallen worden sein soll und 1867 die vierte, 1894 die neunte von Kaposi beobachtete Licheneruption zeigte. Nicht so sehr aus der wenig eingehenden Krankengeschichte als vielmehr aus der Abbildung des Falles läßt sich entnehmen, daß außer unregelmäßig über Stamm und Extremitäten disseminierten Lichenknötchen sich auch zu scheibenförmigen Gruppen und Häufchen sowie auch in Kreissegmenten und Bogenlinien angeordnete Effloreszenzen daselbst vorfinden. Diese Beobachtung von Hebra und Kaposi zeigt demnach große Analogien mit unserem Falle, welcher allerdings die Kreisformen in noch exzessiverem Grade darbietet. Selbst Besnier[2]) und Richaud[3]), welchen wir so sehr eingehende Beschreibungen dieser von ihnen bekanntlich als Pityriasis rubra pilaris bezeichneten Verlaufsvariante des Lichen ruber acuminatus verdanken, sprechen bloß von einer je nach der befallenen Körperregion streifenförmigen, viereckigen oder rhomboidalen Anordnung der Primäreffloreszenzen, an keiner Stelle aber von einer solchen in Kreislinien. Jarisch[4]) hat in seiner Schilderung der Morphologie des Lichen acuminatus anscheinend in erster Linie die diffusen Formen vor Augen und spricht außerdem nur noch von haufenförmiger Anordnung der Lichenpapeln. Da diese doch hauptsächlich an die Haarfollikel gebunden seien, so erscheine bei den mehr mit zerstreuten Knötchen einhergehenden Eruptionen dieselbe als eine ganz gesetzmäßige, den Linien eines Haarwirbelgebietes entsprechende. Es ist nicht unmöglich, daß Jarisch hierbei an kreisförmige Knötchenherde denkt. Rille[5]) erwähnt außer der diffusen Verbreitung und Streifenbildung auch noch die Anordnung in geschlängelten Linien. Fig. 10 seines Lehrbuches zeigt die Photographie eines Akuminatusfalles[6]), wo sich am Rücken neben einem ausgedehnten, diffusen, schuppigen Herde der Medianlinie auch isolierte, lateralwärts gelegene, scheibenförmige, nicht ringförmige Einzelherde vorfinden. Mit der Publikation dieses Falles soll durchaus nicht gesagt sein, daß die Anordnung von Akuminatusknötchen in Kreisform etwas gänzlich Ungewöhnliches sei, sondern

[1]) Arch. f. Derm., 1895, Bd. 31, S. 1 ff., Tafel II. — [2]) Besnier in Kaposi, Maladies de la peau, traduction avec notes, 2. Aufl., Paris 1891, Bd. 2, S. 589. — [3]) Richaud, Alfred, Étude sur le Pityriasis pilaris. Thèse. Paris, A. Parent, 1877. — [4]) Jarisch, Hautkrankheiten, Wien 1900, S. 370. — [5]) Rille, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh., Jena 1902, S. 68. — [6]) Rille, Fall von Lichen ruber acuminatus. Wissensch. Ärztegesellsch. Innsbruck, 2. Juni 1899, W. kl. W., 1899, S. 759.

Digitized by Google

bloß, daß sie von den Autoren meist nicht genügend hervorgehoben worden ist. Sie ist um so wichtiger, als sich, wie Rille hervorhebt, aus der Existenz dieser kreisförmigen Anordnung ein weiteres Argument für die Unität der Lichen ruber-Formen (Lichen planus, L. acuminatus, Pityriasis rubra pilaris) ableiten läßt.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

November 1914.

Eine klinische, pathologische und experimentelle Studie der Veränderungen, welche durch den Biß der „schwarzen Fliege" (Simulium venustum) hervorgerufen werden, von John Hinchman Stokes-Ann Arbor. (Fortsetzung und Schluß folgt in der nächsten Nummer.)

Äußere Vakzinetherapie, von Harvey Parker Towle-Boston. T. begann diese Methode, unabhängig von anderen Forschern, im Sommer 1912 anzuwenden und hat sie seitdem an mehr als 150 Fällen erprobt. Nach verschiedenen Versuchen erwiesen sich als die besten Fettgrundlagen Lanolin, Vaselin, Coldcream und zwar entweder für sich allein oder kombiniert. Für Pasten wird Stärke zugesetzt und für die haarigen Teile, wo Salben und Pasten wenig geeignet sind, zeigte sich eine dünne, mit etwas Coldcream versetzte Emulsion als bestes Anwendungsmittel. Ohne Rücksicht auf die gewählte Form der Salbengrundlage ward es als wünschenswert befunden, das Vakzinepräparat mit den Fingern so lange einzureiben, bis ein beträchtlicher Teil desselben unter der Haut verschwunden ist, außer in Fällen exsudativer Eruption, wo es genügt, die Impfsalbe nur aufzutragen. Die Indikationen für die äußere Vakzinetherapie sind vor allem akute Infektionsprozesse oberflächlichen Sitzes und von diesen sind es wiederum die Staphylokokkeninfektionen, die am günstigsten beeinflußt werden, in erster Linie Furunkulose, wo mit einer 400000000 Staphylokokken enthaltenden Bor-Coldcream-Salbe ganz überraschend gute Resultate erzielt wurden, dann akute Sekundärinfektion eines früheren Ekzems, Impetigo und Ähnliches mehr. Die Aknevakzine wurde selten ohne Beimischung der Staphylokokkenvakzine angewandt, da wahrscheinlich die akuten, bei seborrhoischen Affektionen vorhandenen Entzündungserscheinungen weniger das Resultat des milden Aknebazillus als der allgegenwärtigen Eitererreger sein dürften. Tuberkulin-Salben (0,1 : 30) schienen bei Lupus vulgaris eine bessere Wirkung zu haben, wie bei Erythema induratum; in vier Fällen von Lupus erythematosus hatte eine Mischung von Tuberkulin (0,01), in Salbenform mit 200000000 Bazillen einer Akne-Stock-Vakzine angewandt, ganz überraschend gute Resultate. Schließlich sei noch eines Falles ausgedehnter, durch Trichophyton megalosporon bewirkter Bartaffektionen (Bartflechte) gedacht, die durch eine (800000000 Millionen Staphylokokken enthaltende) Borsalbe in einigen Tagen bedeutend gebessert und nach Ablauf von vier Wochen völlig geheilt war.

Ein Beitrag zur Autoserotherapie gewisser Hautkrankheiten, von Jose S. Hilario-Manila. Besonders bei jenen Dermatosen, welche augenscheinlich nervösen Ursprungs sind und bei jenen, wo außerordentliche Überempfindlichkeit der Haut auf äußere Einflüsse besteht, hat sich die Anwendung von frischem, autogenen Serum, intravenös in der Dosis von 15—40 ccm injiziert und zwar 2—6 mal in Pausen von 6—8 Tagen, ohne Zweifel als Heilmittel, das keiner gleichzeitigen äußeren Medikation bedarf, bewährt. Lichen planus, Dermatitis herpetiformis, Epidermolysis bullosa, Pruritus cuta-

Digitized by Google

neus, Röntgenstrahlengeschwür, Psoriasis wurden als besonders geeignete Krankheitsarten gewählt. Das Autoserum erwies sich als vorzügliches, juckstillendes Mittel, bei Psoriasis wirkt es ferner dadurch, daß es die Widerstandsfähigkeit des kranken (psoriatischen) Gewebes vermindert und es damit geeigneter zur Einwirkung schwachprozentiger Chrysarobinsalben macht. 2—3%ige Chrysarobinsalbe ist dann genügend, um vollständige Desquamation des Epithels an den Psoriasisherden in Gemeinschaft mit der Autoserumbehandlung zu erzielen. Durch diesen relativ niederen Prozentgehalt an Chrysarobin ist die Möglichkeit einer sekundären Dermatitis bei den Psoriasispatienten in Wirklichkeit ausgeschaltet. Die Anwendung von Chrysarobin braucht nicht erst auf eine bestimmte Anzahl von Injektionen zu folgen, sondern je früher die Salbe angewendet wird, um so rascher die Heilung der Krankheit. Das Autoserum, wenn antiseptisch und in richtiger Weise hergestellt, verursacht keine klinische Reaktion, ist vielmehr imstande, den hämolytischen Ambozeptor im Serum des Individuums, dem es injiziert wird, zu erhöhen.

Herpes zoster als Arsenikfolge, von R. C. Finlay-Grace Miss. Vorliegender Fall zeigt den klaren Zusammenhang zwischen lokaler Arsenikanwendung und dem Auftreten von Herpes in der benachbarten Körpergegend: zwei Tage nach Anwendung von Arsenik zur Tötung eines kranken Zahnwurzelnerven bei einem Erwachsenen trat auf der betreffenden Seite (Haut der linken Wange und des Nackens) eine tiefrote Schwellung mit eingestreuten kleinen Bläschen auf. Die Behandlung bestand anfangs in Ichthyolglyzerin, später einfachen Breiumschlägen, welche mehr Erleichterung brachten, Morphium ward notwendig. Allmähliche Besserung, die Temperatur war niemals sehr hoch, Schmerz konstant und nach sechs Monaten noch neuralgische Überreste vorhanden; gelegentlich wurde Aspirin gegeben, ferner zur Kräftigung Eisen und kleine Dosen Arsenik.

Dezember 1914.

Eine klinische, pathologische und experimentelle Studie über die Veränderungen, welche durch den Biß der „schwarzen Fliege" (Simulium venustum) hervorgerufen werden, von John Hinchman Stockes-Ann Arbor. (Fortsetzung und Schluß.) Der erste Teil dieser Arbeit umfaßt eine genaue Beschreibung dieser Stechmücke, eine Literaturübersicht und eine Beschreibung der von ihr hervorgerufenen Veränderungen, der zweite Studien zur Pathologie dieser Veränderungen am Menschen und experimentelle Studien zur Reproduktion von Veränderungen aus hergestelltem Impfmaterial und zum Verhalten des toxisch wirksamen Stoffes. Die „schwarze Fliege" ruft einen schmerzlosen Biß mit Ekchymosis und Hämorrhagie an der Bißstelle hervor, woraus sich im Verlaufe von mehreren Tagen bis Wochen eine papulo-vesikulöse Effloreszenz auf urtikarieller Basis entwickelt. Heftiges lokales oder diffuses Juckgefühl mit Hitze und Brennen in den früheren Stadien, wenn das Ödem ein ausgeprägtes ist, sind die Begleiterscheinungen. Die Fliege scheint mit besonderer Vorliebe die Haut um die Wangen, Augen und den Nacken längs der Haargrenze und hinter den Ohren zu befallen. Bei der Mehrzahl der empfindlichen Personen entwickelt sich innerhalb 48 Stunden nach dem Bisse an der entsprechenden Seite Schwellung der Halsdrüsen; dieselbe ist ausgesprochen schmerzhaft, die Drüsen auf Druck empfindlich und gehen meist ohne Eiterung wieder auf die normale Größe zurück. Je nach der Jahreszeit gibt es offenbar Veränderungen in der Virulenz der Fliege und in der Reaktion des gleichen Individuums auf verschiedene Bisse. Durch wiederholte Einwirkung kann Immunität auf alle mit Ausnahme der frühesten Erscheinungen erzielt werden und ist eine solche Immunität bei Eingeborenen einer infizierten Gegend gewöhnlich hochgradig entwickelt. Was die histopathologischen Befunde betrifft, so finden sich die hauptsächlichsten Veränderungen im Korium, bestehend in Gefäßerweiterung mit perivaskulärem

Digitized by Google

Ödem und polymorpher Infiltration, ausgesprochener lokaler Eosinophilie, Vermehrung der Mastzellen und Schwellung der Papillarkörper. Epidermale Veränderungen sind nicht ausgeprägt und nur sekundär auf jene in der Kutis sich einstellend. Die aufgezählten histologischen Veränderungen hinterlassen nach ihrer schließlichen Resorption nur einen leichten Rückstand von Fibrosis in der Kutis, speziell um die Gefäße herum und mehr weniger ausgeprägte Pigmentierung. Die experimentellen Versuche ergaben als bedeutungsvollstes Resultat die künstliche Reproduktion der von der Schwarzfliege hervorgerufenen charakteristischen histologischen Affektion durch konservierte Fliegen. Wenn es auch Verfasser nicht gelungen ist, die Natur des toxischen Agens festzustellen, so dünkt es ihm, wie Langer von der Biene annimmt, eine alkaloide Base, toxisch wie eine solche zu sein und noch Injektion durch Antikörper, welche im Organismus sich bilden, neutralisierbar. Die injizierte Speichelflüssigkeit der Fliege enthält wahrscheinlich an sich keinen Giftstoff, aber es ist möglich, daß sie, wie viele Proteine, erst toxisch wird, wenn sie sich zersetzt hat. Im Blutserum vorhandene lytische Elemente können bei der Freimachung des Giftstoffes aus seiner ungiftigen Kombination die Hauptrolle spielen. Je nach der chemischen Natur des injizierten Proteins kann eine spezifische Reaktion, wie Eosinophilie, vorkommen oder nicht; von diesem Gesichtspunkte aus würde die, auf Insektenstiche sich entwickelnde Immunität einen Platz bei dem ausgedehnteren Problem der Anaphylaxis beanspruchen.

Ein Fall von miliarem Lichen planus mit ungewöhnlichen klinischen und pathologischen Befunden, von I. R. Pels-Baltimore. Der Fall betraf einen 50jährigen, unverheirateten Russen, bei dem das Hautleiden vor etwa 8—9 Monaten mit einer leichten papulösen Eruption an der Beugeseite des linken Vorderarmes nahe dem Handgelenk begann und allmählich unter gleichzeitigen Magendarmstörungen beinahe den ganzen Körper befiel. Gesicht, behaarter Kopf, Hände und Füße waren ganz frei von der Eruption, während Knie, Handgelenke und Vorderarme, Gesäß, Brust, Rücken, Hoden und Penis besonders stark befallen waren. Die Primäreffloreszenz war eine Papel und der ganze Ausschlag bestand aus Papeln, die etwa 1 mm im Durchmesser, rund oder eckig, leicht erhaben und flach waren; Schuppenbildung war nicht vorhanden. Die Pirquetsche Tuberkulinprobe, ebenso wie jene mit subkutaner Tuberkulininjektion (1:20,000 mg) ergaben eine ausgesprochen positive Reaktion. Vom histologischen Standpunkte aus — das Vorkommen von Riesen-, epitheloiden und kleinen einkernigen Zellen in keinem bestimmten Verhältnisse — müßte die Krankheit als Lichen planus einer selteneren Abart, die vielleicht am meisten Ähnlichkeit mit dem von Pinkus beschriebenen Lichen nitidus hat, anzusehen sein (geringe Menge polymorpher Leukozyten, Fehlen elastischer Fasern und die Elemente eines tuberkulösen Granulomas). Differentialdiagnostisch kämen, sowohl nach dem klinischen wie histologischen Bilde, noch zwei andere Dermatosen, nämlich Lichen scrophulosorum und miliares papuläres Syphilid in Betracht: ersterer kommt fast nur bei Kindern, immer nur am Rumpf, speziell Bauch vor und ist durch eine spezielle Gruppierung der Papeln charakterisiert, das papuläre Syphilid ist häufiger bei weiblichen Personen, auf Kopf, Extremitäten und Rumpf lokalisiert und müßte doch mit noch anderen syphilitischen Erscheinungen, die hier gänzlich fehlten, verbunden sein.

Januar 1915.

Eine Studie zur keimtötenden Wirkung des Chrysarobins und gewisser anderer bei Psoriasis gebräuchlicher Medikamente, von Jay F. Schamberg, John A. Kolmer und G. W. Raiziss-Philadelphia. Der Gegenstand vorliegender Untersuchungen war, die keimtötende Wirkung von Chrysarobin, chrysophansaurem Natrium, Pyrogallol

Digitized by Google

und Arsenik einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Es ergab sich, daß weder die äußerlich angewandten Mittel, Chrysarobin und Pyrogallussäure, noch das innerlich verwandte Arsenik ihre Heilwirkung durch einen keimtötenden Einfluß auf die, gewöhnlich in Psoriasisherden gefundenen Kokken ausüben. Diese, durch ganz genau ausgeführte Versuche erzielten Resultate würden anzeigen, daß obige Mittel irgend eine keimtötende Wirkung auf einen noch unbekannten, besonders empfindlichen Parasiten ausüben, oder daß sie durch einen biochemischen Einfluß wirken. Die Tatsache, daß so stark keimtötende Mittel wie Phenol, Formalin, Kalomel usw. keine nennenswerte Wirkung auf die Psoriasiseffloreszenzen ausüben, ist für Verfasser ein Wahrscheinlichkeitsbeweis gegen eine direkt lokal wirkende, keimtötente Eigenschaft des Chrysarobins. Andererseits haben sie in ihren Versuchen festgestellt, daß Kalomel, ein unlösliches bakterizides Mittel, unter gewissen Bedingungen fähig ist, die in den Psoriasisherden vorhandenen Kokken zu zerstören, ohne aber, wie erwähnt, die kranken Stellen selbst zu beeinflussen. Kalomel zerstört in 1%iger Suspension die Kokken der Haut, sowohl auf normaler Haut wie Psoriasisherden, Chrysarobin hat unter identischen Bedingungen keine, irgendwie nennenswerte keimtötende Wirkung. Bezüglich der Natur der Psoriasis können aus diesen Versuchen höchstens dahin Schlüsse gezogen werden, daß Chrysarobin, ein höchst wirksames Mittel gegen Psoriasis, nur ganz geringe keimtötende Wirkung hat.

Primäres Epitheliom der Hand, von Howard Fox-New York. Bei dem 48jährigen Patienten, der $1^1/_2$ Jahre vorher am rechten Handrücken von einem Pferd gebissen worden ist, saß an derselben Stelle ein serpiginöses, scharfrandiges, teilweise mit Krusten bedecktes Geschwür, das, dem klinischen Bilde nach ein Granulom, sowohl für Tuberkulose wie Blasto-, Aktinomykose oder Syphilis gehalten werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch ein typisches Pflasterzellenepitheliom. Epitheliom der Hand ist nach den angeführten statistischen Zahlen eine relativ seltene Krankheit, kommt in der großen Mehrzahl der Fälle auf dem Handrücken vor und hat, obwohl histologisch der Regel nach einen bösartigen Karzinomtypus zeigend, einen langsamen und relativ gutartigen Verlauf, selten die Lymphdrüsen befallend. Die Mehrzahl der Fälle entwickelt sich auf der Grundlage chronischer Gewebsentzündung, nur sehr wenige nach einem einzigen Trauma. Im vorliegenden Falle schien ein solches zweifellos die Ursache abgegeben zu haben und trat der Tod durch Metastase (Magen-Speiseröhre) ein.

Stoffwechselstudien bei einem Falle chronischer Urtikaria, von Jakob Rosenbloom und C. Cameron-Pittsburg. Die den Stoffwechseluntersuchungen zugrunde liegende Diät bestand aus 100 g Protein (gekochte Eier), 110 g Fett, 200 g Kohlehydraten (Kartoffeln usw.) mit einem Gesamtkalorienwert von 2,225 oder 35 Kalorien pro Kilo Körpergewicht der Patientin, die mit chronischer Urtikaria behaftet war und bei der drei Tage hindurch sorgfältigst die Analysen ausgeführt wurden. In dieser Zeit war eine Stickstoffretention von 5,08 g vorhanden, was zweifellos mit einer Funktionsstörung der Leber zusammenhängt, ferner ausgesprochene Störung in der Stickstoffresorption, da der in den Fäzes enthaltene N im Vergleich zu der eingeführten N-Menge dreimal höher als normal war; Diarrhöe bestand nicht, weshalb auf mangelhafte Resorption infolge irgend einer Darmstörung zu schließen war. Der Gehalt des Urins an Schwefelstoffen ist normal mit Ausnahme großer Mengen neutralen Schwefels, der am ersten und zweiten Tage und ätherischer Schwefelverbindungen, die am dritten Tag abgesondert werden und als Zeichen erhöhter Darmfäulnis angesehen werden können. Die im Stuhle vorhandene Fettmenge ist über der Norm, was eine Unfähigkeit, die gewöhnliche Menge zu resorbieren, und ohne Zweifel irgend eine gestörte Darmtätigkeit beweist. In den drei Tagen war ein Verlust von 0,04 g Kalziumoxyd und 0,01 g Magnesiumoxyd, was völlig normal ist, zu konstatieren. Tabellarische Übersicht über die verschiedenen Unter-

Digitized by Google

suchungsergebnisse, die immerhin zu dem Schlusse berechtigen, daß bei dem genannten Hautleiden gewisse innere Störungen vorhanden sind.

Ein Fall von künstlicher Dermatitis, von ANDREW I. GILMOUR-New York. Der 9jährige Knabe hatte sowohl außerhalb und abwärts vom rechten, wie linken Mundwinkel je eine 2—2$^1/_2$ cm im Durchmesser betragende Exkoriation, welche, obwohl wiederhohlt ärztlich im Verlaufe von zwei Jahren behandelt, immer von neuem sich einstellte. Es ergab sich, daß der Junge, der hochgradig nervös war und ständig Hände und Füße bewegte, sowohl durch Reiben mit der Zunge wie mit den Händen und auch dem Handtuch immer mit Absicht die kaum geheilten Stellen reizte.

Februar 1915.

Einige Beobachtungen an den Zellelementen des Blutes bei 300 Fällen verschiedener Hautkrankheiten, von M. F. ENGMAN und R. H. DAVIS-St. Louis. Die 300 Fälle betrafen 72 verschiedene Hautkrankheiten und es wurden die Blutuntersuchungen hauptsächlich bezüglich der Leukozyten, der vielkernigen neutrophilen, der großen einkernigen Zellen, der Lymphozyten und der eosinophilen Zellen vorgenommen. Besonders auffallend war der Befund an großen einkernigen Zellen, indem sie in 180 von 272 untersuchten Fällen relative Zunahme, gleichzeitig aber die vielkernigen neutrophilen Abnahme zeigten. Die Lymphozyten waren in 117 von 275 daraufhin untersuchten Fällen vermehrt; in jenen Fällen, wo die großen einkernigen Zellen relativ vermehrt sind, sind die Lymphozyten vermindert. Was nun die Eosinophilie betrifft, so war sie nur in 71 oder 28% der untersuchten Fälle vorhanden und steht dies in auffallendem Gegensatze zu der herrschenden Meinung, daß bei den meisten Hautkrankheiten die relative Zahl dieser Zellen vermehrt sei. Eine ausgesprochene Eosinophilie fanden Verfasser nur bei folgenden Krankheiten: Pemphigus foliaceus, Pemphigus vulgaris, Dermatitis venenata seborrhoica, akutem, chronischem und Kinderekzem, Ichthyosis, Mykosis fungoides, Pediculosis corporis, Pityriasis rubra. Bei Dermatitis herpetiformis, wo Eosinophilie als besonders ausgesprochen gilt, war sie nur in 13 der 27 Fälle vorhanden. Verfasser gestehen selbst zu, daß irgend welche definitiven Schlüsse aus der vorliegenden Zahl fleißiger Blutuntersuchungen nicht gezogen werden können, daß sie aber immerhin in manchen positiven Befunden der Zellelemente, verbunden mit anderen Tatsachen der Blutuntersuchung, eine Grundlage für weitere Forschungen in dieser Richtung abgeben dürften. Eine instruktive tabellarische Übersicht der 300 Fälle mit den erhaltenen Befunden (der verschiedenen Blutzellen) erhöht die Bedeutung vorliegender Arbeit.

Eine Studie der biochemischen Eigenschaften des Chrysarobins, von JAY F. SCHAMBERG, G. W. RAIZISS und JOHN A. KOLMER. Verfasser lassen ihrer früheren Arbeit über die bakterizide Wirkung des Chrysarobins auf Staphylokokken und Trypanosomen, die sich sowohl im Reagenzglase wie am lebenden Organismus als nahezu Null herausstellte, eine weitere über die biochemische Wirkung des Mittels folgen, um die Art und Weise, wie es seine günstigen Erfolge bei Psoriasis ausübt, klarzulegen. Das Chrysarobin ist eine komplizierte chemische Substanz, deren Hauptwirkung aller Wahrscheinlichkeit nach auf dem in ihr enthaltenen Chrysophanol-Anthranol beruht. Das Chrysarobin wird durch Oxydation in Chrysophansäure, welche therapeutisch unwirksam ist, verwandelt. Das Chrysarobin kann durch die Proteine der Haut oxydiert werden oder anders ausgedrückt, ist fähig, Sauerstoff aus den Proteinen der Haut zu abstrahieren. Mineralsäuren behindern den oxydierenden Einfluß der Proteine auf Chrysarobin. Diese Oxydation des Chrysarobins durch die Proteine der Haut ist Beweis einer chemischen Wirkung zwischen beiden. Chrysarobin besitzt eine ausnehmend hohe Affinität für die Keratine der Haut Schuppen, welche in eine wässerige Suspension des Mittels gebracht

Digitized by Google

wurden, werden in charakteristischer Weise verändert (gebeizt). Diese Veränderung nach der Applikation von Chrysarobin beruht zum großen Teile auf Oxydation desselben in der Hornschicht, ein Teil des Mittels gelangt aber in die tieferen Epidermisschichten und sogar in das Korium. Wird Chrysarobin seiner reduzierenden Eigenschaften beraubt, so verliert es gleichzeitig seine therapeutische Wirkung. Enthält eine Chrysarobinsalbe ein Alkali, so ist unter gewöhnlichen Umständen ihre therapeutische Wirkung bedeutend vermindert. Die Überlegenheit des Chrysarobins bei Psoriasis beruht aller Wahrscheinlichkeit nach auf den drei Eigenschaften, die es besitzt: 1. seiner Widerstandsfähigkeit gegen Oxydation bei Luftzutritt, 2. seiner stark reduzierenden Wirkung und 3. seiner chemischen Affinität und festen Verbindungsmöglichkeit mit den Proteinen der Haut. Möglicherweise hängt der günstige Einfluß des Chrysarobins auf Psoriasis mit der chemischen Bindung und Resorption des Sauerstoffs zusammen, was wiederum einen hemmenden Einfluß auf die Proliferationsfähigkeit der Epithelzellen ausüben würde.

Ein Fall von asymmetrischen Raynaudscher Krankheit, von Douglass W. Montgomery und George D. Culver-San Francisco. Aknoparästhesie, Erythromelalgie und Raynaudsche Krankheit bilden eine Gruppe verwandter Affektionen, bei welchen viele der merkwürdigsten Symptome auf der Haut vorkommen und das gemeinsame Band der Abhängigkeit von Störungen des die Blutgefäße regulierenden Nervensystems bildet. Das Hauptinteresse, welches der vorliegende, eine 47jährige Frau betreffende Fall bietet, liegt in der Tat in der Verschiedenheit des Blutdrucks zwischen befallener linker und gesunder rechter Extremität. Die Finger ihrer linken Hand waren geschwollen und steif, die Endphalangen grauweiß, die Nagelbetten zyanotisch verfärbt; außer heftigem Schmerz war auch Gefühl von Brennen und Jucken in den Fingern vorhanden und der ganze Arm schmerzhaft. Es wurde festgestellt, daß der gesamte Blutdruck bei der Patientin über der Norm (180 mm) war, ebenso hoch am (gesunden) rechten Arm, aber am linken um 10 mm (170) niedriger war. Die Behandlung bestand in Darreichung von Calcium lactat., das unzweifelhafte Wirkung auf die Muskelfasern in den Blutgefäßwänden — die bei der Raynaudschen Krankheit erhöhte Reizbarkeit besitzen — habe und zwar in folgender Zusammensetzung: Calcium lactat. 50,0, Elix. simpl. 60,0, Aqu. ad 300,0 M. D. S. dreimal täglich zwei Teelöffel voll in etwas Wasser nach jeder Mahlzeit. Im Verlaufe dieser Medikation ließ der Schmerz nach, die lokale Asphyxie ging zurück, der allgemeine Blutdruck verminderte sich und die Ungleichheit desselben verschwand vollständig. Bei einem späteren, augenscheinlich durch Aufregung verursachten zweiten Anfall der Krankheit schien die innere Darreichung von Calcium lactat. dieselbe gute Wirkung zu haben.

Purpura annularis teleangiectodes, von George M. Mac Kee-New York. Dieser erste Teil einer monographischen Arbeit über das von Majocchi im Jahre 1887 zuerst beschriebene seltene Hautleiden enthält einen historischen Überblick und die Krankengeschichte des vom Verfasser beobachteten, einen 22jährigen Griechen betreffenden Falles. (Fortsetzung folgt.) M. Stern-München.

Zeitschrift für urologische Chirurgie.

Bd. 3, H. 3 und 4.

Drei Fälle von zystischer Dilatation des vesikalen Ureterenendes, von Rosenberg. Die klinischen Erscheinungen sind hierbei oft so gering, daß eine Diagnose ohne Zystoskopie nicht gut möglich ist, mit Hilfe dieser aber sicher zu stellen. Therapie muß chirurgisch sein, endovesikal oder Blasenschnitt oder Nephrektomie.

Über Blasendivertikel unter Berücksichtigung eines durch Operation geheilten Falles von angeborenem Divertikel, von Max Fischer. Die Radikaloperation als

Digitized by Google

Frühoperation ist gerechtfertigt, berücksichtigt man die schweren Gefahren, die ein Blasendivertikel im Gefolge haben kann und andererseits die ziemlich gute Prognose bei radikalem Eingreifen.

Ein Fall von hypoplastischer Beckenniere mit Steinbildung im dilatierten Nierenbecken, von C. Schramm.

Beiträge zur Kenntnis der Antiperistaltik des Vas deferens, von Lommel. Durch 25 Tierversuche an Kaninchen konnte folgendes festgestellt werden: der Inhalt der Samenleiter bewegt sich bei deren Kontraktionen im allgemeinen in der Richtung vom Hoden nach der Harnröhre. Eine Bewegung des Samenleiterinhaltes in entgegengesetzter Richtung kommt bei der Kontraktion der Samenleiter als Ausnahme, bei deren Erschlaffung als Regel vor. Es gelingt nicht, bei Kaninchen durch Kontraktion oder Erschlaffung der Samenleiter bei intaktem Colliculus seminalis Inhalt aus der Urethra posterior in das Lumen des Samenleiters zu befördern. Ist beim Kaninchen der Colliculus seminalis entzündet, so kann Inhalt von der Urethra posterior auf intrakanalikulärem Wege in das Lumen der Samenleiter oder der Samenblasen eindringen. Die Annahme ist berechtigt, daß, wie tote Substanzen (Tusche, Indigokarmin, Silberlösung) aus der Urethra in die Vasa deferentia geschleppt werden, auch bewegliche und unbewegliche Bakterien dorthin aus der Harnröhre gebracht werden können.

Zur operativen Behandlung der chronischen rezidivierenden Kolipyelitis, von v. Lichtenberg.

Über Divertikel und andere Urintaschen der weiblichen Harnröhre, von Jarecki. Nach Besprechung der bisher veröffentlichten Fälle schildert J. einen von ihm beobachteten Fall. Es handelt sich um ein junges Mädchen von 21 Jahren, das seit Kindheit an Harnträufeln leidet. Bei der Zystoskopie findet sich eine zirkumskripte spindelförmige Erweiterung der Urethra hinter dem Sphinkter, ein wahres Harnröhrendivertikel. Die Patientin wird geheilt durch eine partielle Exzision der Wand des Divertikels. Die Entstehung desselben erklärt Verfasser auf folgende Art: es bestand von Jugend an, wahrscheinlich angeboren, eine Schwäche des Sphincter vesicae, so daß er bei starker Füllung der Blase seinen Tonus aufgab und Urin sich in den hinteren Teil der Harnröhre ergoß. Das Ausfließen wurde durch alsbald einsetzende Kontraktion der glatten Harnröhrenmuskulatur verhindert, wahrscheinlich unterstützt durch Anspannung der beim Weibe gut ausgebildeten quergestreiften Muskulatur der Harnröhre. Diese Wirkung mußte allmählich nachlassen und der Urin floß langsam ab.

W. Haas-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? von A. Blaschko. Nebst einem Anhang. **Vorschlag einer neuen Organisation des Prostitutionswesens.** Vorläufige Mitteilung von D. Sarason-Berlin. (Leipzig 1915, J. A. Barth. Preis 1 M.)

Blaschko erörtert die Gründe der Zunahme der Geschlechtskrankheiten im Krieg und durch den Krieg. Wichtig ist auch, daß das kerngesunde Material vom Lande mit Prostitution und Geschlechtskrankheiten bekannt wird. — Das Gros des Feldheeres in der Front und in den Schützengräben, inmitten der gewaltigen Strapazen hat kein Bedürfnis nach Verkehr mit Frauen, aber gleich hinter der Front fängt die Gefahr an. In den kleinen französischen, belgischen und polnischen Etappenorten macht sich die Prostitution in erschreckendem Umfang geltend. Briefe — meist ärztlicher — Beobachter

Digitized by Google

erläutern solches. Noch schlimmer steht es in den ganz großen Städten, wie Brüssel. Nachfrage und Angebot des außerehelichen Verkehrs haben eine größte Steigerung erfahren. Während des Krieges 1870/71 haben die Geschlechtskrankheiten keine auffallende Vermehrung gezeigt. 1867 war der Zugang an venerischen Krankheiten 53,9‰, 1868 48,2‰, 1869 45,3‰. Während der Kriegszeit 42,6‰. Unter die Norm sank die Zahl, weil das Heer in den ersten Kriegsmonaten schnell vorwärts drang. Während der Belagerung von Paris, wo andere Truppenteile in den größeren Garnisonstädten Frankreichs lagen, stieg die Zahl sehr an.

Der Jahreszugang an Geschlechtskranken in den Heeren des europäischen Kontinents wird an der Hand von Tabellen nach Schwiennig gebracht. In den letzten Jahren war die Jahresziffer nur noch 20% gegen 50% in den Jahren vor dem Krieg 1870/71. An und für sich liegen die Verhältnisse heute günstiger, zumal auch in den feindlichen Ländern diese sich gebessert haben.

Blaschko äußert sich dann kurz über die Momente, von welchen die Frequenz der Geschlechtskrankheiten in einer Armee abhängig ist. (Grenzgarnisonen!) Unter Berücksichtigung der augenblicklichen Kriegslage möchte B. bei dem langen Aufenthalt der Truppen in Lille, Lodz usw. einen Anstieg der Krankheiten auf 40‰ pro anno annehmen, d. h. bei 7 Millionen 280000 Mann im Laufe eines Jahres, wovon etwa 60000 auf die Syphilis entfallen. Ob diese Ziffer eine erhebliche Zunahme der Geschlechtskrankheiten gegen die normale Frequenz unter 7 Millionen Männern bedeuten würde, möchte B. heute noch nicht entscheiden. Nach einer Statistik von 1900 könnte es nicht so scheinen. Mit einer Zunahme muß aber doch gerechnet werden bei der Dauer des Krieges. Andererseits könnte solche durch die getroffenen Gegenmaßregeln ausgeglichen werden.

Die große Gefahr der venerischen Krankheiten liegt darin, daß der Moment, wo die Infektiosität der Geschlechtskrankheiten erlischt, kein scharf begrenzter und vor allem nicht mit Sicherheit feststellbar ist. Optima fide werden die Blennorrhoe und Lues oft genug übertragen. In der prägnanten Blaschkoschen Form werden die entsetzlichen Folgen dieser Krankheiten von neuem skizziert. Übrigens macht sich schon jetzt die Zunahme der venerischen Krankheiten im Heimatlande bemerkbar.

Aufgaben während des Krieges:

Ein noch so strenges Verbot jeglichen außerehelichen Geschlechtsverkehrs ist undurchführbar. Mit dieser Tatsache müssen wir rechnen. Ein gutes Vorbild der Vorgesetzten, Aufklärungsarbeit, Flugschriften dürfen als wirksame Waffen nicht überschätzt werden. Das Bedürfnis nach und die Gelegenheit zum außerehelichen Geschlechtsverkehr müssen soweit wie möglich verringert werden. Der Straßenstrich muß in der Kriegszeit unterdrückt, die Kneipen müssen früh, die Animierkneipen gänzlich geschlossen werden. Und trotzdem taucht in der Großstadt die Prostituierte auf und unter. Mit der Beschneidung schlimmster Auswüchse muß man sich zufrieden geben. Jede öffentliche Provokation sollte kurzerhand mit langer Freiheitsstrafe belegt werden.

Alle Kinos, Varietés, Bars zu schließen, ist aus wirtschaftlichen Gründen nicht angängig. Polizeistunde und Abendurlaub des Soldaten abzukürzen, dürfte genügen. Mit unbekannten Personen darf an dritter Stelle kein Verkehr statthaben. Es ist von den Soldaten zu verlangen, daß sie Namen und Adresse der sich prostituierenden Frauen angeben können. Er hat zu melden, wo er sich infiziert hat. Winkelhotels und Absteigequartieren ist zu verbieten, daß sie Soldaten in Begleitung nicht gehörig legitimierter weiblicher Personen beherbergen.

Bordelle müßten überall geschlossen werden. Sie stellen die stärkste Verführung zum Verkehr dar. Eine geringe Kenntnis realer Verhältnisse bedeutet es, die Bordelle

Digitized by Google

als Kanäle reinen Geschlechtsverkehrs darzustellen. Ohne vorherige Untersuchung der Männer sind sie geradezu eine Gefahr.

Von größter Bedeutung in dem ganzen Prostitutionsbetriebe ist natürlich der Alkohol. Bei uns sollte da etwas strenger vorgegangen werden. Der Tee müßte mehr zum Hauptgetränk werden. Im Sommer sind alkoholfreie Ersatzgetränke in größtem Umfang zu beschaffen. Soldatenheime nach dem Vorbild des deutschen Eisenbahnerheims in Brüssel tun dem Bedürfnis nach Geselligkeit Genüge.

Trotz allem müssen wir mit einem massenhaften außerehelichen Verkehr als einer gegebenen Tatsache rechnen.

Um die schädlichen Folgen dieses Verkehrs zu verhüten, gibt es nur einen wirksamen Weg, das ist der persönliche Schutz. Kein Soldat sollte ohne Schutzmittel geschlechtlich verkehren. Eine leichte Erhältlichkeit der Schutzmittel ist empfehlenswert. Verteilung und Aufstellung von Automaten sind als Anreizung zum Verkehr zu beanstanden. Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten sind nicht eindringlich genug den Soldaten vor Augen zu führen. Das Unmoralische und Unpatriotische eines außerehelichen Geschlechtsverkehrs sind dabei immer von neuem zu betonen.

Blaschko läßt sich über die Schutzmittel und die sonstigen prophylaktischen Maßnahmen eingehend aus.

Wichtig ist auch die Frage des Urlaubes. Kein Urlaub in die Heimat sollte erteilt werden ohne vorherige gesundheitliche Untersuchung.

Was soll mit den kranken Frauen geschehen? Über den unsinnigen Vorschlag, alle geschlechtskranken Frauen, die in Feindesland infizieren, zu erschießen, braucht nicht diskutiert zu werden. Mehr zu erwägen ist eine Internierung für die Dauer des Krieges.

Die in den okkupierten Gebieten getroffenen Maßnahmen entsprechen den bei uns geltenden zur Überwachung der Prostitution. Die Behandlung der Prostituierten sollte aber viel länger ausgedehnt werden. Nur unter der Kontrolle der deutschen Ärzte sollten die einheimischen die Behandlung ausüben.

Es bedarf keiner weiteren Begründung, daß eine Einschränkung des wirtschaftlichen Notstandes, welcher die ihres Ernährers beraubten und arbeitslosen Frauen der Prostitution in die Arme treibt, zu den größten und schwierigsten Aufgaben in den feindlichen Ländern gehört.

Die Fürsorge für venerisch erkrankte Mannschaften. Eine Abschiebung in die heimischen Lazarette ist nicht empfehlenswert. Die Gefahren eines langen Transportes, die Abschiebung auf Grund falscher Diagnosen harmloser Affektionen fallen ins Gewicht. Aber auch eine Behandlung bei der Truppe ist schwer durchführbar. Eine Schonung des Patienten im Schützengraben, auf Märschen ist nicht möglich. Dem Arzt stehen die diagnostischen Mittel nicht zur Hand. Auch einer zweckmäßigen Abortivkur der Blennorrhoe stehen an der Front Hindernisse entgegen. Fälle frischer Syphilis gehören für die kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung ins Etappenlazarett. Aus dem Schatz seiner Erfahrungen macht Blaschko detaillierte Angaben über Art und Dauer der Behandlung der venerischen Affektionen.

In allen Armeekorps sollten den Kriegslazaretten Spezialabteilungen unter der Leitung von Spezialärzten angegliedert werden. Bei jeder Armee ist ein beratender Venerologe anzustellen. Dauernde Überwachung, erforderlichenfalls Nachbehandlung der Entlassenen, Verbot der Behandlung durch Kurpfuscher, Verbot des Annoncierens der Behandlung von Geschlechtskranken.

Zwei Anhänge geben von Uhlenhuth ausgearbeitete Anleitungen zu Belehrungsvorträgen und zur Untersuchung.

Digitized by Google

Die Aufgaben nach dem Krieg faßt B. dahin zusammen:

1. Untersuchung aller während des Feldzuges an venerischen Krankheiten Behandelten. Serologische Untersuchung der Syphilitiker.

2. Zurückbehaltung der floriden und ansteckungsfähigen Kranken bis zur Heilung.

3. Überweisung der übrigen an die Landesversicherungsanstalten bzw. Krankenkassen zur weiteren Beobachtung und ev. Behandlung.

4. Gründliche Reform der Prostitutionsüberwachung.

Die Begründung dieser Forderungen muß in dem Aufsatz eingesehen werden. Zu 4. sei auf B.s klassischen Vortrag auf dem Londoner Kongreß 1913 (vgl. Ref. diese Woch., 1914, Bd. 59, Nr. 44, S. 1205) verwiesen. Mit dem „alten Schlendrian der Reglementierung" muß aufgeräumt werden. Überwachung und Behandlung gewerbsmäßig sich prostituierender Weiber sind ein Problem, welches den Erfahrungen moderner wissenschaftlicher Erkenntnis der venerischen Krankheiten und der Sozialhygiene nicht mehr aus dem Wege gehen kann. Die vorläufige Lösung wird die richtige Mitte halten zwischen Reglementierung und Abolitionismus.

Sarason macht in einer vorläufigen Mitteilung einen Vorschlag für eine neue Organisation des Prostitutionswesens. „Dieselbe besteht in einem Kreis von Maßnahmen, die zu einer Zentralisation der Prostitution führen, derart, daß es nicht allein möglich wird, die Zurückhaltung infektionsfähiger Männer zu erreichen, sondern gleichzeitig auch alle moralischen und ökonomischen Schäden der bisherigen Reglementierungs- und Bordellsysteme (Verfehmung, Verführung, Aussaugung, Zuhältertum) zu vermeiden, ein Ziel, das von den Prostituierten selbst sicher lebhafte Unterstützung finden und zu einer Erhöhung ihres sittlichen Niveaus führen würde."

Sarason weist in einer Nachschrift darauf hin, daß seine „Sexualhorte" schon vor ihm empfohlen worden sind. Die versprochene ausführliche Arbeit wird gegenüber der vorläufigen und selbstsicheren Mitteilung zeigen, wo in dem S.schen Vorschlag, den Blaschko bereits mit sehr anerkennenden Worten begrüßt, etwas Neues liegt.

Referent bedauert, daß die Verbreitung des Blaschkoschen Aufsatzes gefährdet wird durch den Sarasonschen „Anhang", welcher in der vorliegenden Form wie ein überflüssiger Appendix sich ausnimmt. E. Delbanco.

Die nichtblennorrhoische Urethritis beim Manne, von C. Adrian. (Sammlg. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Dermat., d. Syphilidol. usw. Bd. 3, H. 7. Halle a. S. 1915, Carl Marhold.) A. macht folgende Einteilung: I. Urethritiden aus innerer Ursache: 1. nach Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel und Medikamente, 2. als Teilerscheinung eines allgemeinen pathologischen Zustandes: Konstitutionsanomalien (Phosphaturie, Oxalurie, Diabetes, Gicht, Herpes), Infektionskrankheiten (Typhus, akute fieberhafte Exantheme, Influenza, Rheumatismus, Malaria, Pyämie, Syphilis, Tuberkulose). II. Urethritiden aus äußerer Ursache: 1. Traumen mechanischer, thermischer, chemischer Natur, 2. auf venerischer Grundlage durch geschlechtliche Übertragung: die gewöhnlichen akuten und chronischen Formen der venerischen nichtblennorrhoischen Urethritis. Von diesen sagt Verfasser folgendes: Mikroorganismen der verschiedensten Art, vorzugsweise solche der Pseudodiphtheriebazillen- und Koligruppe sind von den Verfassern als Erreger dieser bakteriellen Urethritiden angesprochen worden. Die abakteriellen, sogenannten aseptischen Urethritiden sind ätiologisch noch wenig geklärt: vielleicht handelt es sich dabei um Mikroorganismen, welche für unser Auge nicht sichtbar oder von uns nicht darstellbar sind. In zweiter Linie soll an Zelleinschlüsse parasitärer Natur, vom Charakter der von v. Prowazek für das Trachom gefundenen oder ähnlicher Art gedacht werden. Vorläufig entbehre eine Einteilung der nichtblennorrhoischen Urethritiden in bakterielle und aseptische einer streng wissenschaftlichen Grundlage.

Digitized by Google

Bei beiden wird man eine gewisse Prädisposition des betreffenden Organismus annehmen müssen. Als auslösendes Moment kommt sehr häufig die Kohabitation in Betracht, wobei aber wieder der Beweis zu erbringen wäre, ob die mit dem Akte einhergehende Hyperämie sowie mechanische (und chemische) Momente für sich allein nicht schon ausreichen, um die saprophytisch vegetierende Bakterienflora des vorderen Harnröhrenabschnittes zu abnormem Wachstum anzuregen. Insofern besteht auch kein klarer Unterschied zwischen primären nichtblennorrhoischen und den postblennorrhoischen, sogenannten Resturethritiden, deren Bakterien ebenfalls als Saprophyten der normalen Harnröhre anzusehen sind. Einige Verfasser halten eine überstandene blennorrhoische Infektion für eine prädisponierende Ursache der nichtblennorrhoischen Urethritis. — Komplikationen sind häufiger als man allgemein annimmt. Chronische Fälle greifen auf Hoden, Prostata, Harnblase über, Strikturen sind seltener, auch Gelenkerscheinungen kommen vor mit milderem Verlauf als bei Blennorrhoe. Ätiologisch kommen immer Trauma und unmittelbare Reizung der Harnröhre in Betracht. Es kann auch, wenn auch offenbar nur sehr selten, zu einer Allgemeininfektion kommen. — Für die Diagnose ist die mikroskopische Untersuchung des Sekrets und eventuell Kulturverfahren die Hauptsache. Therapeutisch lassen sich bestimmte Vorschriften nicht machen, alle von den verschiedensten Seiten empfohlenen Methoden lassen häufig im Stich.

W. Haas-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Sauerstofforte und Reduktionsorte. Eine histochemische Studie, von P. G. Unna. (Arch. f. mikrosk. Anat., 1915, Bd. 87, Abt. I, S. 96.) Die Sauerstofforte müssen im Gegensatz zu den Reduktionsorten des tierischen Gewebes unfixiert an Gefrierschnitten bearbeitet werden; sie lassen sich nach Fixierung in Alkohol oder Formalin an Zelloidin- resp. Paraffinschnitten nicht mehr nachweisen. Die Auffindung der Sauerstofforte gelingt durch Rongalitweiß (RW), d. i. eine Leukomethylenblau enthaltende, angesäuerte Lösung des stark reduzierenden Rongalits (CH_2 — OH — OSONa) (bei Grübler vorrätig). Die Gefrierschnitte nehmen das Leukomethylenblau als solches auf und verwandeln es nach Abspülung des Überschusses von Rongalitweiß nur dort in Methylenblau, wo Sauerstoff lose gespeichert ist oder solche Stoffe vorhanden sind, die den von außen kommenden Sauerstoff aktivieren. Diese Leukomethylenblau speichernden „Sauerstofforte" sind viel weniger zahlreich als die „Säureorte" des Gewebes, welche Methylenblau speichern, aber sie fallen im allgemeinen mit den Säureorten zusammen, da sowohl Leukomethylenblau wie Methylenblau basische Farben sind. Die sauren Sauerstofforte (z. B. Granoplasma, Nissl-Körper, Kernkörperchen), zeichnen sich nur dadurch vor den übrigen Säureorten aus, daß sie sich schon mit Leukomethylenblau statt Methylenblau begnügen, was die sauren Reduktionsorte (z. B. Henlesche Scheide) nicht tun.

Der Sauerstoff ist ein rasch diffundierendes Gas, welches von allem Gewebseiweiß physikalisch leicht aufgenommen, aber in verschiedenster Weise und mit sehr verschiedener Festigkeit chemisch gebunden wird. Wo das Gewebseiweiß stark reduziert, dient der Sauerstoff zu seiner Verbrennung; er wird in das Molekül aufgenommen und verliert seine Wirksamkeit nach außen. Hier haben wir reine Reduktionsorte vor uns (Keratin, Myosin, Neurin). Wo das Gewebseiweiß schwächer reduziert, wird der hinzudiffundierende molekulare Sauerstoff in Peroxydform (—O—O—), also nur lose gebunden

Digitized by Google

(Spongioplasma, oxyphile Substanzen). Wo nun der Ort einer solchen Bildung zusammentrifft mit der Durchsetzung des reduzierenden (basischen) Eiweißes mit sauren Eiweißen (z. B. Zytose, Globulin) — und dieses ist gerade an den sogenannten sekundären Sauerstofforten der Fall — da kann sich der so gebundene Peroxydsauerstoff unzersetzt speichern und wir erhalten umschriebene, labile Sauerstoffreservoire im reduzierenden Gewebe (Granoplasma, Kernkörperchen, saure Kerne, Knorpelgrundsubstanz). Wo endlich außerdem noch Sauerstoffkatalysatoren in dem sauren Eiweiß eingeschlossen und permanent tätig sind (z. B. Eisen im Nuklein), da speichert sich der durch Katalyse aus hinzudiffundierendem Sauerstoff beständig und automatisch aktivierte Peroxydsauerstoff und es entstehen stabile Sauerstofforte (primäre Sauerstofforte).

Die Speicherung des Methylenblaus (und anderer basischer Farbstoffe) geht nun an allen drei Kategorien von Geweben vor sich, soweit sie sauer sind, und zwar mit aufsteigender Intensität, am schwächsten in der Hornschicht, am stärksten in den Kernen. Die Speicherung des Leukomethylenblaus in den Geweben, soweit sie sauer sind, geht aber nicht an allen drei Arten von Geweben, nämlich gar nicht an den Reduktionsorten vor sich, sondern **nur** an den zwei Kategorien der labilen und stabilen Sauerstofforte. Es ist das nur eine notwendige Konsequenz des Gesetzes der „oxypolaren Affinität", das ganz allgemein zwischen Eiweißen, Farben und Beizen Geltung hat[1]): Der sauerstoffarme Leukofarbstoff hat keine Affinität zum sauerstoffarmen (reduzierenden) Eiweiß, dagegen starke Affinität zum sauerstoffreichen (oxydierenden) Eiweiß. Das ist der Grund, weshalb der Leukofarbstoff vom tierischen Gewebe anders, und zwar in beschränkterem Umfange gespeichert wird als der entsprechende (oxydierte) Farbstoff.

Der Unterschied zwischen Methylenblaufärbung und Leukomethylenblaufärbung der Gewebe offenbart sich am schlagendsten durch die vergleichende Färbung der Henleschen Scheide sowie der Kerne des Knorpels, der Ganglien und Plasmazellen. Letztere werden durch RW nicht gefärbt, da ihr Nuklein (primärer, stabiler Sauerstoffort) allen seinen Sauerstoff an die ihn dicht umgebende Zytose (Granoplasma) abgegeben hat, welche demgemäß einen sekundären, labilen Sauerstoffort darstellt. Zieht man die Zytose durch warme Borsäurelösung aus dem Plasmazellenleibe aus, so bleibt der im Nuklein sich ansammelnde Sauerstoff in den Plasmazellenkernen erhalten und die RW-Färbung ergibt nun die gewöhnliche Kernfärbung auch in den Plasmazellen. Sehr lehrreiche Unterschiede zwischen Säureorten und Sauerstofforten zeigen auch die Vergiftungen der Gewebsschnitte mit SO_2, H_2S, Pyrogallol, Salvarsan, Formalin, Alkohol absol., Azeton und Zyankalium.

Darstellung der Sauerstofforte durch die RW-Methode.

1. Vorbereitung. Die Gewebe können frisch, in überlebendem Zustande untersucht werden; besser aber wartet man die „agonale Schwankung" ab und untersucht 24 Stunden später die trocken auf Eis gelegten Gewebsstücke. In jedem Falle muß das Gewebsstück unter der Wasserleitung von Blut befreit werden. Muß die Untersuchung einige Tage hinausgeschoben werden, so bringt man die Stücke in einer Petrischale auf eine 5 mm hohe Salzschicht von gleichen Teilen Kochsalz und Kalichlorat, die man mit so wenig Wasser bedeckt, daß die Stücke feucht in konzentrierter Salzlösung liegen, und stellt die Petrischale auf Eis.

Die frischen Gewebsstücke werden direkt mit dem Gefriermikrotom geschnitten; die auf Salz konservierten müssen vorher durch Auswaschung gut und möglichst rasch

[1]) Unna, Biochemie der Haut, S. 123. Gust. Fischer, Jena 1913.

Digitized by Google

vom Salz befreit werden, da bei längerem Aufenthalt in der sich verdünnenden Salzlösung die Sauerstofforte leiden würden. Zu diesem Zweck drückt man von oben in den Hals eines großen Glastrichters etwas Watte so tief ein, daß darauf gegossenes Wasser ziemlich rasch hindurchtropft. Auf den Wattebausch kommen die in Salz konservierten Gewebsstücke. Man sorgt durch Nachgießen für einen beständigen Wasserstrom und hält letzteren ca. $^1/_2$ Stunde in Gang.

2. Schneiden. Die Dicke der Gefrierschnitte soll nicht unter 25 μ gehen, da sie durchsichtig genug sind und sonst zu leicht zerreißen[1]).

3. Färbung. Man hält sich 100 g einer $^1/_2$%igen Lösung von Methylenblau vorrätig, die man mit ca. 7 Tropfen einer 25%igen Salzsäurelösung angesäuert hat. Von dieser werden 10 ccm in einem Reagierglas mit 0,3 Rongalit[2]) gelinde erwärmt, bis Entfärbung auftritt. Zu starkes Erhitzen muß wegen möglicher Zersetzung des Rongalits vermieden werden. Es resultiert eine nahezu wasserhelle Lösung; sollte dieselbe nach dem Erkalten etwas trübe werden, so ist sie vor dem Gebrauch zu filtrieren.

Diese Lösung von RW hält sich mehrere Tage, muß aber vor jedesmaligem Gebrauche zur Vermeidung von Niederschlägen wieder filtriert werden.

Die Färbung in dieser Lösung geschieht in einem Glasschälchen und ist in zwei Minuten vollendet.

Man überträgt die Schnitte einzeln mit stumpfer Glasnadel unter beständiger Bewegung in eine größere Schale mit abgekochtem Wasser. Die starke Bewegung hat den Zweck, die Schnitte möglichst rasch und vollständig vom Überschuß an RW zu befreien; oft ist hierzu die Übertragung in eine zweite Schale mit abgekochtem Wasser notwendig. Ein Nebenzweck der raschen Bewegung ist es, die Schnitte vor dem Ankleben an die Glasnadel und Glaswand zu bewahren, dem sie sonst leicht anheimfallen.

Hat man es mit Ausstrichen von Eiter, Blut usw. zu tun, so bringt man dieselben ohne vorherige Erhitzung, aber lufttrocken in ein Standgefäß mit Rongalitweiß, wo sie etwa zwei Minuten verweilen. Zur Auswaschung läßt man sauerstoffreies Wasser über den Objektträger laufen.

Die Bläuung des aufgenommenen Leukomethylenblaus geschieht erst nach einigen (bis 10) Minuten. Um den Schnitt darf sich während des Auswaschens keine bläuliche Wolke bilden, die ein Zeichen ungenügender Bewegung des Schnittes und Bildung von Methylenblau im Waschwasser ist.

4. Einbettung. Ist der Schnitt deutlich gebläut, so fängt man ihn direkt mit der Mitte eines Objektträgers auf, befreit seine Umgebung durch Löschpapier von Wasser und läßt ihn an der Luft langsam antrocknen. Man kann die Antrocknung durch einen warmen Luftstrom beschleunigen, aber nicht durch Erhitzung über der Flamme.

Nach vollständiger Antrocknung bedeckt man den Schnitt mit einem Deckglase, welches mit einem Tropfen neutralen Balsams (Grübler) versehen ist.

Ausstriche von Eiter, Blut usw., nachdem sie lufttrocken geworden, werden in Zedernöl betrachtet. Soll das Präparat erhalten bleiben, so wird es mit Xylol gereinigt und trocken aufbewahrt.

Darstellung der Reduktionsorte durch die Kaliumpermanganat-Methode.

Die Gewebe können frisch an Gefrierschnitten untersucht werden. Da die Reduk-

---

[1]) Da eine Härtung mittels Formalin durchaus vermieden werden muß, kommt die übliche Schnittdicke von 10 μ hier nicht in Betracht. — [2]) Erzeugnis der badischen Anilin- und Soda-Fabrik oder das gleichwertige Produkt: Heraldit von Casella.

Digitized by Google

tionsorte aber nicht unter der Fixierung in Alkohol oder Formalin leiden und nach Zelloidin- und Paraffineinbettung bessere Schnitte erzielt werden, ist die Darstellung der Reduktionsorte an so fixiertem Material empfehlenswert. Die Schnitte kommen 1—2 bis höchstens 5 Minuten in eine 1%ige Lösung von Kaliumpermanganat, werden in Wasser abgespült und durch Alkohol und Öl in Balsam gebracht. Autoreferat.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die klinische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters, von C. Adrian und A. v. Lichtenberg-Straßburg. (Zschr. f. urol. Chir., Bd. 1, H. 3.) Mißgebildete Nieren erkranken selbst relativ häufig. Verfasser erläutern diese Erfahrung an verschiedenen Beispielen, wie Hufeisenniere, der kongenitalen Nierendystopie, des einseitigen Nierenmangels, der kongenitalen Hypoplasie der einen Niere und der fötalen Niere; sie ziehen häufig eine Erkrankung der anderen Niere nach sich. Bei der kongenitalen Atrophie und Dystopie der einen Niere findet man relativ häufig Nephritis der anderen Niere, desgleichen bei der fötalen Niere; bei der kongenitalen Hypoplasie der einen Niere trifft man Tuberkulose der anderen Niere. Durch mißgebildete Nieren findet eine Kompression der umliegenden Organe statt und erzeugen dadurch rein mechanisch Krankheitszustände verschiedener Art, sie können gelegentlich den Geburtsmechanismus beeinflussen. Mißgebildete Nieren geben oft Veranlassung zu Verwechslungen mit anderen Tumoren des Unterleibs. Zu den Mißbildungen der Harnleiter gehören die Doppelbildungen, die angeborenen Verengerungen und Verschließungen des Harnleiters und die Kreuzungen der Harnleiter, welche zu einem diagnostischen Irrtum Veranlassung geben können. Die Diagnose gründet sich auf eine genaue Feststellung der Familienanamnese, auf die exakte Erhebung der Anamnese der Kranken und auf eine systematische Krankenuntersuchung. Bei der Krankenuntersuchung ist auf das gleichzeitige Bestehen von anderweitigen Entwicklungsstörungen nicht nur des Harnapparates, sondern auch anderer Organe zu achten; ferner sind alle Untersuchungsmethoden anzuwenden, die Funktionsprüfung und Radiographie der Nieren und Harnleiter eingeschlossen. Außerdem käme in Betracht zum Zwecke der Diagnose auszuführende Operationen, die Probepunktion und Laparotomie. Diese Arbeit ist für den Urologen von größter Wichtigkeit. W. Chrzelitzer-Posen.

Bakteriämie, Infektion und Brightsche Krankheit, von W. C. K. Berlin-Denver, Col. (M. Record, 14. Febr. 1914.) Nierenerkrankungen sind nach des Verfassers Beobachtungen und Untersuchungen stets Infektionskrankheiten oder beginnen als solche. Brightsche Krankheit, Nierendegenerationen usw. sind immer erst die Folgen einer entzündlichen akuten Nephritis. Die Infektion der Nieren geschieht durch Darmbakterien, Kolibazillen und dgl., aber ebenso häufig auch von Anginen aus, von Abszessen, Ulzerationen usw. Wenn in jedem Falle von Nierenerkrankung das Harnsediment kulturell untersucht würde, würden sich stets Kolonien pathogener Bakterien finden. Neben den Kolibazillen und den auf einem der genannten Wege in die Niere gelangenden Staphylo- und Streptokokken sind es nicht zu selten Pneumokokken und diesen nahestehende Kokken. Die in letzter Zeit als Ursache der Nephritiden angesprochenen Toxämien und Autointoxikationen sind erst wieder die Folge der Infektion. W. Lehmann-Stettin.

Zwei Fälle von Nierenzysten, von Nikolai Paus-Kristiania. (Norsk Magazin f. Lægevidenskaben, 1914, Nr. 8.) Der erste Fall entstand mit Hämaturie nach einem Stoß auf die linke Seite des Unterleibs. Die Operation am nächsten Tage, die wegen

Digitized by Google

einer vermutlichen Ruptur gemacht wurde, zeigte eine typische Zystenniere. Der Fall interessiert weiter, weil die Patientin einer ausgesprochenen Zystennierenfamilie angehört, die außer der Patientin noch sechs Mitglieder mit derselben Krankheit aufweist. Der zweite Fall zeigte eine solitäre Nierenzyste und betraf einen 63jährigen Bauer mit einer beinahe kindskopfgroßen, fluktuierenden, ovalen Geschwulst im rechten Unterleib. Die exstirpierte Niere war etwas vergrößert; von ihrer vorderen Fläche ging eine kokosnußgroße Zyste aus, welche mehr als die Hälfte der Vorderfläche der Niere einnahm und augenscheinlich direkt von der Nierensubstanz ausging. Die Nierenkapsel ging von der Niere auf die Zyste über. Ihre Wand war dünn und bestand aus zellenarmen Bindegewebslamellen; kein Nierengewebe oder Reste davon waren nachweisbar. Die innere Wand war nicht mit Epithel bekleidet. Die Niere selbst zeigte normales Gewebe.

W. Holland-Kristiania.

Nierentuberkulose in Form eines Nierensteines, von Ch. Terrier. (Rev. m. Suisse rom., 1913, Nr. 11.) Es handelte sich um nierensteinartige Krisen mit Elimination von Sand und Steinchen. Auf der Röntgenplatte war ein Schatten zu sehen. Da der Tierversuch mit dem Urin der Kranken positiv ausfiel, wurde die Diagnose auf Tuberkulose mit Verkalkung eines verkästen Herdes gestellt und die Niere exstirpiert. Am halbangeschnittenen Organ bestätigte sich die Richtigkeit der Diagnose.

A. Gunsett-Straßburg.

Die sogenannten „Bakteriensteine" im Nierenbecken, von W. Bornemann. (Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 14, H. 3.) Verfasser berichtet über einen Fall von Bakteriensteinen. Die wesentlichen Punkte aus der Krankengeschichte und dem Sektionsbefund lassen sich kurz folgendermaßen zusammenfassen: bei einem 7jährigen Kinde bestehen vom 4. Lebensjahre an Beschwerden, die auf Nierensteine hindeuten, und späterhin die Symptome einer schweren Nierenschädigung. Einige Wochen vor dem Tode wird in jedem Nierenbecken ein Stein röntgenologisch festgestellt, im Harn werden Kolibakterien nachgewiesen. Bei der Sektion findet sich doppelseitige Pyonephrose und als deren Ursache je ein bröckeliger Harnstein, der den Nierenbeckenausgang auf jeder Seite verlegt. Außerdem werden im Nierenbecken beiderseits zahlreiche, bis wallnußgroße, weiche konzentrische Gebilde gefunden, die histologisch zum größten Teil aus Bakterien bestehen und direkt als Bakteriensteine bezeichnet werden können. Die Nieren bieten makroskopisch und mikroskopisch das Bild vorgeschrittener Pyonephrose mit Bildung umschriebener Abszesse. Die Deutung dieses Befundes verursacht keine Schwierigkeiten. Aus der Anamnese geht mit Sicherheit hervor, daß mindestens 3 Jahre lang ein Harnsteinleiden bestanden hat. Dadurch erklärt sich, zusammen mit dem bei der Sektion erhobenen Befund von typischen Nierensteinen am Nierenbeckenausgang, der Befund der Pyonephrose. Aber auch die Anreicherung der Kolibakterien ist unter diesen Umständen leicht verständlich. Wir wissen, daß Harnstauungen im Nierenbecken an und für sich zu Infektionen neigen und daß speziell eine Infektion mit Kolibazillen recht häufig ist. Da durch die primären Nierensteine in diesem Falle der Beckenausgang auch teilweise verlegt war, erklärt sich leicht die ganz enorme Anreicherung der Kolibazillen im Nierenbecken. Betrachtet man nun die in der Literatur mitgeteilten Befunde von Bakteriensteinen und Fibrinsteinen, so kommt man zu dem Ergebnis, daß die sogenannten Bakteriensteine in den meisten Fällen wahrscheinlich nichts anderes sind als umgewandelte Fibrinsteine, d. h. daß das Fibrin auch in den Bakteriensteinen ursprünglich vorhanden war und den wesentlichsten Anteil an der eigenartigen Kugelbildung hatte, und erst sekundär durch die Bakterien aufgezehrt worden ist. Von der Menge der Kolibakterien im Nierenbecken wird es abhängen, ob eine vollständige oder nur teilweise Aufzehrung des Fibrins stattfindet. Je günstiger die Bedingungen der Anreiche-

Digitized by Google

rung der Bakterien im Nierenbecken sind, um so vollständiger wird die Aufzehrung sein. Dabei erscheint es gleichgültig, ob wir annehmen, daß die Bakterien von vornherein bei der Bildung der Fibrinsteine mit eingeschlossen sind und sich hier sekundär vermehrt haben, oder ob sie erst später von außen eingewandert sind.

G. Heymann-Elbing.

Über einen Fall von Riesennierenstein, von A. Grave-Moskau. (Beitr. z. klin. Chir., 1913, Bd. 87, H. 3.) Bei einer 49jährigen Frau, die seit Beginn der Menopause, d. h. ca. 8 Jahre, hin und wieder geringe Beschwerden in der rechten Lendengegend hatte, ohne dadurch in der Feldarbeit gehindert zu werden, hatten sich dieselben seit einem halben Jahre gesteigert, indem beim Urinieren Schmerzen auftraten und häufiger Urindrang; der immer nur in kleinen Portionen entleerte Urin war trübe. Das Röntgenogramm des Tumors, der bei der Aufnahme in der rechten Bauchhälfte gefunden wurde, ließ nicht unterscheiden, ob es sich um einen einzelnen oder um mehrere übereinandergehäufte Steine handle; der Uretherenkatheterismus war rechts unmöglich. Bei der Operation wurde eine Niere von 1100 g Gewicht, mit einem Längendurchmesser von 18,5 cm entfernt; das ganze Organ bestand aus zystösen Höckern, der untere Pol war durch eine Querfurche von der übrigen Niere getrennt; es waren im ganzen 12 Blasen, durch deren dünne Wände harte Höcker eines großen Steines fühlbar waren; nur die untere Zyste enthielt einen Stein für sich. Der Hauptstein füllte das Nierenbecken aus, und von ihm strahlten durch eine halsartige Abschnürung getrennt die Höcker peripherewärts aus. Der ganze Stein wog 340 g, der untere 31,5 g. Das ist nach der Meinung Graves der größte Stein, der je in Rußland (und wohl einer der größten der Weltliteratur) durch Operation beseitigt wurde. Die Operation verlief glatt, die Wunde heilte gut, und ein Jahr später bei der Nachuntersuchung war die Patientin gesund und ging ihrer Feldarbeit wieder nach. Interessant war in diesem Falle das Verhalten der Blutgefäße; es fanden sich zwei große Arterienstämme, von denen der obere vier kleinere Äste abgab, und die oberen drei Viertel der Niere versorgte, während der untere zum unteren Pole ging und nur diesen versorgte. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen kommt Grave zu dem Schluß: „Die Steinbildung steht im Zusammenhange mit der Verteilung der Nierengefäße. Im Verlaufe der größeren Verzweigungen der intrarenalen Gefäße ist die Bildung eine geringere als in der peripheren Gefäßzone, wo sich der Stein frei bilden kann. Somit ist den Arterien ein elastischer Druck auf den Stein zuzusprechen." Die Beschwerden selbst großer Nierensteine können gering sein. Um das Präparat nicht zu zerstören, wurde keine chemische Prüfung vorgenommen; Grave glaubt, daß es sich um einen Uratstein mit Phosphatauflagerungen handelt.

O. Lasch-Breslau.

Der gegenwärtige Stand der Pyelographie, von Floyd E. Keene und Henry K. Pancoast-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 7.) Die Pyelographie ist von großem Wert für die Diagnose der Nieren- und Ureterenerkrankungen; doch sind die dazugehörigen Kollargolinjektionen in das Nierenbecken nicht so gefahrlos, als man früher glaubte, wenn man auch die Gefahren derselben durch eine einwandfreie Technik auf ein Minimum reduzieren kann. Man darf der korrosiven Wirkung des Kollargols nicht allzu große Bedeutung beilegen; die Fehler liegen vielmehr in der Methode der Injektion und in ihrer Anwendung bei Krankheiten, die ein rapides Eindringen des Kollargols in das Nierengewebe begünstigen. Früher schätzte man die Kapazität des Nierenbeckens auf 15 bis 30 ccm, während man jetzt weiß, daß sie zwischen 2 bis 5 ccm schwankt. Das war die Ursache, daß man oft durch allzu reichliche Injektionen diese Kapazität überschritt; auch Hydronephrose, Ulzerationen, Tuberkulose und Tumoren begünstigen eine Schädigung des Nierengewebes durch Eindringen von Kollargol,

Digitized by Google

ferner blutende Verletzungen mittels des Katheters. Die solchen fehlerhaften Injektionen folgenden, oft sehr heftigen Schmerzen werden verursacht durch übermäßige Ausdehnung des Nierenbeckens mit Gewebsverletzungen und Eindringen der Kollargollösung in die Tubuli. Auch Fieber und perirenale Eiterung sind die Folgen und sind nicht dem Kollargol zuzuschreiben, sondern einer durch fehlerhafte Technik herbeigeführten Infektion. Auch von drei Todesfällen ist berichtet worden; in einem Falle trat der Tod einige Stunden nach Injektion von 40 ccm einer 5%igen Kollargollösung ein, die unter sehr hohem Druck ausgeführt wurde. Diese Fehler können durch eine vorsichtige und geschickte Technik vermieden werden; in der Hauptsache muß eine strenge Asepsis gefordert werden, ferner soll der Katheter das Kaliber 6 nicht überschreiten; er darf nicht rauh sein, muß geschmeidig sein und ohne spitzes Ende; kurz, das Verfahren muß ein absolut schonendes sein. Es würde zu weit führen, die röntgenographische Technik der Verfasser zu beschreiben. Trotzdem bringen die Kollargolinjektionen Gefahren mit sich, die selbst bei vorsichtigstem Operieren nicht vermieden werden können, und aus diesem Grunde sollte die Pyelographie nur dann angewendet werden, wenn auf andere Weise eine genaue Diagnose unmöglich ist. F. John-Leipzig.

Kollargol bei der Pyelographie, mit Bericht über einen bemerkenswerten Fall, von A. J. Crowell-Charlotte, N. C. (J. Am. m. Assoc., 17. Okt. 1914.) Nach der Injektion von 12 ccm einer 10%igen Kollargollösung in den Pelvis einer hydronephrotischen Niere wurde von der 35jährigen, leidlich gut genährten Kranken über heftigen Schmerz geklagt, und es stellte sich alsbald hochgradige allgemeine Schwäche und eine fast totale Anurie ein; des weiteren entwickelte sich eine ausgesprochen hämorrhagische Diathese, und am fünften Tage trat der Tod ein. Die auf die Nieren beschränkte Autopsie ergab verschiedene Läsionen in denselben, wohl die Folgen von Druck durch das Kollargol. Bei zwei Versuchen an Hunden erhielt C. in dem einen Fall ähnliche Vorgänge. Er möchte das Kollargol durch ein anderes zuverlässig unschädliches Präparat ersetzt sehen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die bei der Pyelographie entstehenden Wirkungen des Kollargols, von D. N. Eisendrath-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 9. Jan. 1915.) Verfasser hat eine Reihe von Experimenten an Hunden ausgeführt, um die Ursachen und das Wesen der bei der Einführung von Kollargol in das Nierenbecken gelegentlich beobachteten Schädigungen genauer zu erforschen. Er fand, daß das Verfahren auch bei erkrankten Nieren vollständig unschädlich ist, solange die eingeführte Menge das Fassungsvermögen der Niere nicht übersteigt und kein unverhältnismäßig hoher Druck zur Anwendung kommt. Schädigungen und tödliche Wirkungen entstehen beim Überschreiten dieser Grenzen, indem dann Kollargol ins Nierengewebe, in die Tubuli und Glomeruli, in die Nierengefäße und des weiteren in andere Organe, wie Lunge, Leber, Milz, mit großer Geschwindigkeit eindringt. Mit einem anderen Silbersalz, Kargentos, und auch mit einer 10%igen Methylenblaulösung wurden die gleichen Ergebnisse konstatiert.
A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Ätiologie und Diagnose der Pyelozystitis im Kindesalter, von Otto Stiner-Bern. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, Nr. 24.) Beschreibung einiger Krankengeschichten von Pyelozystitisfällen, aus denen hervorgeht, daß für die Ätiologie eine Erkältung neben der bakteriellen Infektion die momentan auslösende Ursache sein kann und daß für die Diagnose und Differentialdiagnose die Urinuntersuchung die Hauptsache ist. H. Boehme-Leipzig.

Pyelitis, von Claude Frankau-London. (M. Press a. Circ., 3. Dezember 1913.) Bei der Pyelitis sind ätiologisch zwei Klassen zu unterscheiden: die hämatogene und die aszendierende Infektion. Der hämatogene Typus ist der häufigste und meist — in 75%

Digitized by Google

— durch das Bakterium coli communis verursacht: Staphylokokken und Streptokokken werden gelegentlich gefunden, selten der Bacillus typhosus und der Bacillus pyocyaneus. Als prädisponierende Ursachen kommen verschiedene Momente in Betracht, z. B. Kongestion, lokales Trauma, Fremdkörper (Steinbildung) und die reizende Einwirkung von Medikamenten, Giften und Krankheitstoxinen. Aszendierende Infektion ohne Harnstauung ist außerordentlich selten. Anhaltende Stauung jedoch verursacht gewisse Veränderungen in den Nieren, die diese für Infektionen besonders empfänglich machen. Der hämatogene Typus beginnt in akuter Weise; starke Schmerzen, die nach dem Rücken oder im Verlauf der Ureteren ausstrahlen, sind oft vorhanden. Schwere Störungen des Allgemeinbefindens können auftreten. Bei stark vermehrtem Urindrang werden kleine Mengen entleert; hierbei auftretende Schmerzen kündigen eine sekundäre Infektion der Blasenbasis an. Die Differentialdiagnose hängt häufig von der Urinuntersuchung ab. In frühen Stadien ist vielleicht nur eine Spur von Albumen vorhanden; Eiter fehlt häufig; ein Tropfen Urins jedoch wimmelt bei starker mikroskopischer Vergrößerung von Mikroorganismen. In den späteren Stadien ist Eiter in verschiedenen Mengen vorhanden. Bei geeigneter Behandlung gehen die akuten Symptome rasch zurück. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht Appendizitis, Pyosalpinx, Cholezystitis, Typhus und Influenza. Vielfach kommt die Erkrankung erst im chronischen Stadium zur Beobachtung infolge Übergehens des akuten Anfalles von seiten des Patienten oder infolge einer Fehldiagnose. Die charakteristischen Symptome der chronischen Pyelitis sind: Rückenschmerz, vermehrter Urindrang bei Tag und Nacht, Übelbefinden, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit. Rezidivierende akute Anfälle kommen häufig vor. Der Urin enthält häufig mikroskopisch und makroskopisch Eiter und ist durch Bakterie gehalt oft getrübt. Für die Differentialdiagnose ist die Zystoskopie wichtig. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung des Urins ist in Hinsicht auf die Gewinnung einer autogenen Vakzine erforderlich. Die Diät ist sorgfältig zu regulieren. An Arzneimitteln kommen in Betracht Urotropin und bei saurem Urin, wie es meist der Fall ist, Alkalien. Die Resultate der Vakzinetherapie sind sehr verschieden. Gute Resultate werden auch der Spülung des Nierenbeckens durch den Ureterenkatheter mit Silberpräparaten nachgerühmt. Als äußerstes Mittel kommt operatives Vorgehen in Betracht: die Pyelotomie und die Nephrektomie. Die Prognose quoad vitam ist in akuten Fällen günstig. Chronische Pyelitis ist dagegen eine das Leben verkürzende Erkrankung. Die Exstirpation der erkrankten Niere kann in solchen Fällen in Frage kommen. Der aszendierende Typus entwickelt sich bei Hinzutritt einer Infektion zu chronischen Harnstauungen. Nach dem Gebrauch eines septischen Instrumentes oder im Verlauf einer vernachlässigten Zystitis treten plötzlich Rückenschmerzen auf. Im Frühstadium sind Temperatursteigerungen vorhanden. Erbrechen und Durchfall können auftreten. Die Urinmenge ist vermindert; Eiter und Albumen sind nachzuweisen. Tritt bei schwerer Infektion Anurie ein, so wird die Temperatur subnormal. Der Kranke stirbt im urämischen Koma. In minderschweren Fällen kommt es immerhin zu Nierenschädigungen. Für die Therapie ist es stets von Wichtigkeit, die Harnstauung zu beseitigen. Die beste Methode hierzu ist die suprapubische Zystotomie. Bei dauernder Anurie kommt als letztes Mittel ein- oder doppelseitige Nephrotomie in Frage, eine schwere Operation, die gelegentlich von Erfolg begleitet ist. Nach dem akuten Stadium sind Harnantiseptika und Vakzinetherapie anzuwenden. H. Fendt-Wiesbaden.

Beitrag zur Kasuistik der Zysten des vesikalen Ureterostiums, von W. Kotzenberg-Hamburg. (M. Kl., 1914, Nr. 3.) Zysten der Ureterenmündungen in der Blase sind bis vor kurzer Zeit in vivo selten diagnostiziert worden; dagegen mehren sich seit der Ausbildung der Zystoskopie die Fälle erheblich. In der vorliegenden Arbeit

Digitized by Google

beschreibt Kotzenberg einen Fall von Zystenbildung am linken Ureter. Das deutliche Bild der sackartigen Ausstülpung des Ureterostiums, das wie ein Penis in die Blase hineinragte und mit rhythmischen Bewegungen sich vorwölbte, respektive zurückzog, trat erst nach der Öffnung der Blase durch Sectio alta zutage. Trotzdem der Ureter nicht blind endete, sondern eine kleine Öffnung hatte, hatten sich bereits Beschwerden in der linken Niere eingestellt, die jedoch nach der Operation (Abtrennung der Zyste ringsum von der Blasenschleimhaut) sofort verschwanden. Als Operationsmethode kommt wohl mehr die Sectio alta mit Abtragung der Zyste in Betracht als die endovesikale Operation mit dem Galvanokauter, wobei es leicht zu heftigen Blutungen kommen kann. Der Verfasser weist darauf hin, daß durch derartige Abnormitäten Hydronephrosen entstehen können, und empfiehlt daher, sobald die Diagnose feststeht, die relative einfache Operation. O. Lasch-Breslau.

Ein abnormer Verlauf des rechten Ureters bei einem Fall von Dickdarmatresie und Hodensackmißbildung, von A. Schwefel-Czernowitz. (Zbl. f. Pathol., 1914, Bd. 25, Nr. 3.) Bei einem totgeborenen (♂) Kind mit allen Zeichen der Reife fand sich neben einer Reihe von Mißbildungen, welche die Form des äußeren Genitales, den Darmkanal, das uropoetische System und das Gefäßsystem betrafen, als bemerkenswerteste Mißbildung ein rechter Ureter, der als 1 cm breiter Strang aus dem Nierenhilus entspringend zuerst 2 cm lang in rein querer Richtung, dann hinter der Vena cava verläuft, zwischen Vene und Aorta wieder hervortritt, über die Hohlvene hinweg, sie deutlich nach rechts verziehend, distalwärts verläuft, um in einen Strang einzutreten, welcher den mißgebildeten Dickdarm mit der gleichfalls mißgebildeten Blase verbindet. O. Gans-Hamburg.

Totale Ureterektomie wegen Tumor, von V. Oliva. (Morgagni, 13. Sept. 1914.) Bei einer 39jährigen Frau wurde wegen eines Tumors, der sich als Adenokarzinom erwies, die rechte Niere entfernt: glatte Heilung. Nach $1^1/_2$ Jahren kam sie wegen Hämaturie wieder in Behandlung und es zeigte sich, daß der rechte Ureter befallen war, so daß er getastet werden konnte. Schließlich wurde dieser entfernt und die Patientin geheilt. Die Arbeit hat mehr chirurgisch-technisches Interesse. R. Frühwald-Leipzig.

Fortschritte in der Harndiagnostik, von Ernst Freund-Wien. (W. m. W., 1914, Nr. 29.) Bei Anämie kommt zunächst der Nachweis des Urobilins in Betracht. Sein Vorkommen spricht für ursächliche Leber- und Darmkrankheiten, in zweiter Linie für Veränderungen des Blutes. Beim Fehlen des Urobilins ist auf dessen Muttersubstanz, das Urobilinogen, zu prüfen. Ist bei einem Falle von Anämie weder der eine noch der andere Körper zu finden, so handelt es sich um eine Chlorose oder einfache Anämie. Die dunkle Farbe des Urins ist ohne sichere Bedeutung, da dieselbe auch durch Alkaptone und Kresolverbindungen erzeugt wird. Urobilin gleichzeitig in den Fäzes spricht für perniziöse Anämie; Urobilin und vermehrtes Purin für leukämische Erkrankungen, Urobilin im Harn allein für Tuberkulose. Bei dieser Affektion ist es wichtig, die Bestimmung des prozentualen Verhältnisses zwischen Harnstoff und Kochsalz auszuführen. Ein starkes Herabgehen des letzteren bedeutet eine Zerstörung von Körpereiweiß, wie sie bei Tuberkulose vorkommt. Oxyproteinsäuren finden sich bei Karzinom, sie lassen sich aus dem Urin durch Baryt und Alkoholäther fällen. Bei Magen- und Darmgeschwüren gibt man 10 g Somatose und untersucht den Urin stündlich. Beim Nachweis von Pepton hat man auf einen Defekt der Schleimhaut zu schließen. Azeton, namentlich in Verbindung mit Indoxyl und Skatoxyl, kommt bei Autointoxikationen im Darmkanal vor, relative Armut an diesen Körpern und Diazoreaktion bei Typhus. Peptone und Albumosen im Urin mit der Biuretreaktion haben fieberanregende

Digitized by Google

Eiterungen als Ursache. Bei Malaria ist im Hitzestadium die Abgabe vom Kochsalz beträchtlich erhöht. Umgekehrt bei der Pneumonie. Bei ihr ist auch der Kalziumgehalt verringert, während Gallenfarbstoff immer vorhanden ist. Häufig sind gerinnungshemmende oder -beschleunigende Substanzen; diese treten bei infausten, jene bei gut verlaufenden Pneumonien auf. Bei fieberhaften Erkrankungen des Nervensystems nimmt die Phosphatausfuhr zu, doch braucht deshalb die Menge desselben nicht höher zu sein als sonst, da bei Fieber wegen Nahrungsmangels eine Abnahme erfolgt. Bei der tuberkulösen Meningitis ist die Phosphorsäure auf normaler Höhe, ihr Verhältnis zum Harnstoff eher verringert. Bei der Untersuchung nephritischer Urine ist das Vorhandensein von Nukleoalbuminen, d. h. der durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörper prognostisch günstig, denn beim Morbus Brightii fehlt Nukleoalbumin, doch enthält toxische hämorrhagische Nephritis und die genuine Schrumpfniere auch diese Eiweißart. Zur Entscheidung zwischen Nephritis und sekundärer Albuminurie dient das Verhalten des Urins zum alizarinsulfosauren Natrium. Gibt man eine 1%ige Lösung desselben zu normalem Urin, so scheiden sich rote Flocken ab, dagegen im nephritischen gelbe und rote faserige Tupfen. Bei Amyloidose finden sich Zylinder, welche sich mit Alizarin violett färben. Außerdem ist hierbei auch die Menge des Globulins von Bedeutung. Die Verwendung von alizarinsulfosaurem Natrium ist weiter wertvoll zur Unterscheidung von Zystitis und Pyelitis. Für die gichtischen Prozesse fehlen noch geeignete Bestimmungen. H. Vörner-Leipzig.

Die akute Harnverhaltung, eine wenig beachtete Wirkung des Morphins, von Czapek und Wassermann-Wien. (D. m. W., 1914, Nr. 31.) Die Harnverhaltung nach Morphin, die die Verfasser in fünf näher beschriebenen Fällen beobachtet haben, ist nach den Tierversuchen von Hanč und Maxim. v. Zeissls durch Sphinkterkrampf zu erklären. Es handelte sich in allen Fällen um Individuen, bei denen das Alter oder lokale Erkrankungen (Blennorrhoe, Carcinoma prostatae, andauerndes Siechtum usw.), die volle Ausnutzung der auxiliaren Bauchmuskulatur, deren Mitwirkung den Spasmus des Sphinkters vielleicht hätte überwinden können, nicht gestatteten. Merkwürdigerweise betraf die Harnverhaltung nur Männer; offenbar sei diese Eigentümlichkeit auf die bekannte Sphinkterschwäche des Weibes zurückzuführen. Während die üblichen therapeutischen Dosen in dieser Weise wirken, scheine die Gesamtdroge Opium und Pantopin keine Harnverhaltung hervorzurufen. Der Katheterismus muß, um bei dem Krampfzustand des Sphinkters Verletzungen zu vermeiden, behutsam ausgeführt werden. Am ehesten von Nutzen müßten Atropininjektionen sein, die die Verfasser bei ihren Fällen, wegen der Dringlichkeit des Eingreifens, jedoch nicht Gelegenheit fanden anzuwenden. E. Brinitzer-Altona.

Über Harnstauung und Niereninfektion, von Heinrich Hartung. (B. kl. W., 1914, Nr. 16.) Verfasser berichtet über Experimente an 60 Kaninchen, die ergeben, daß der Stauung eine ganz bedeutende Rolle bei der hämatogenen Infektion der Niere zuzusprechen ist. G. Heymann-Elbing.

Einige praktische Konsequenzen von 8000 Urinuntersuchungen, von William Muhlberg-Cincinnati. (M. Record, 27. Dezember 1913.) Die „Union Central" Lebensversicherungsgesellschaft hat schon seit einer Reihe von Jahren ein eigenes Laboratorium errichtet, in welchem besonders geschulte und eigens dazu angestellte Ärzte eine Reihe Untersuchungen vornehmen, die nach den Erfahrungen der Versicherungsgesellschaft vom Praktiker nicht genau und zuverlässig genug ausgeführt werden. Dazu gehört nach den bisher gemachten Erfahrungen vor allem die Untersuchung des Urins; angeblich weichen die im Laboratorium gefundenen Ergebnisse so außerordentlich von den Angaben der praktischen Ärzte, welche die Versicherungsapplikanten zu

Digitized by Google

untersuchen haben, ab. daß kaum auf 1% der Untersucher Verlaß ist. Der untersuchende Arzt wird darum angehalten. Urin, den der Patient in seiner Gegenwart gelassen, direkt an das Laboratorium zu schicken. Dabei wird Wert darauf gelegt, daß Nachmittagsharn zur Untersuchung komme, in welchem sich häufiger Eiweiß, Zylinder und auch Zucker finde, als im Morgenharn. Um den Urin nicht durch Eiterzellen einer chronischen latenten Urethritis verunreinigt zu erhalten, ist stets die zweite Hälfte des Urins einzusenden, der dann zwecks Haltbarmachung etwas Borsäure zugesetzt wird.

W. Lehmann-Stettin.

Über Urotropin als Desinfiziens der Harnwege, von H. F. Horst-Kristiania. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1915, Nr. 2.) Die praktische Konsequenz der Anwendung des Urotropins bei bakteriellen Leiden der Harnwege ist nach den Untersuchungen des Verfassers folgende: bei Krankheiten der Nieren, der Nierenbecken und der Ureteren wird die therapeutische Wirkung des Urotropins wohl gleich Null sein, indem der Harn diese Organe so schnell passiert, daß nichts oder nur sehr wenig Formaldehyd gebildet wird. Bei sehr saurem Harn jedoch wird man möglicherweise mit einer Wirkung rechnen können. In der Harnblase wird die Wirkung erstens von der Reaktion des Harns, zweitens von der Häufigkeit des Urinierens abhängig sein. Ist der Harn sauer, wird Formaldehyd verhältnismäßig schnell in genügenden Mengen abgespaltet werden, um die erwünschte antibakterielle Wirkung zu erhalten. Bei neutralem bzw. schwach alkalischem Harn ist der Effekt zweifelhaft, und im hohen Grade von der Häufigkeit des Urinierens abhängig. Bei stark alkalischem Harn jedoch darf man keine terapeutische Wirkung erwarten. Die Größe der Dosen ist von relativ untergeordneter Bedeutung. Als Prophylaktikum (bei Operationen, Katheterisierungen usw.) ist das Urotropin insoweit von Bedeutung, als der normale Harn sauer ist. Bei Retentio urinae muß Vorsicht angewandt werden, weil größere Menge von Formaldehyd gebildet werden kann, das heftige Tenesmen zur Folge haben könnte.

W. Holland-Kristiania.

Über eine Urinprobe, die für die Karzinom- und Sarkomdiagnose von Nutzen ist, von Frederick Klein und Charles H. Walker-New York. (New York m. Mschr., 1914, Nr. 5.) Verfasser legen ihren Urinuntersuchungen die Theorie zugrunde, daß bei allen malignen Erkrankungen die Schwefelverbindungen, Taurin und Zystin, gewisse Reduktionsvorgänge erleiden und dann nicht mehr als solche vorhanden sind. Die nachfolgende Urinprobe, die darauf basiert, betrachten sie deshalb als unzuverlässigen Nachweis einer malignen Erkrankung. Es werden für den Vergleich der Farbe zwei Lösungen hergestellt. 1. Zu 10 ccm Aq. dest. werden 10 Tropfen einer $^1/_{10}$ Normaljodlösung (U. S. Pharmacop., S. 549) zugesetzt. Diese Lösung (A) besitzt ungefähr die Farbe des normalen oder nichtmalignen Urins nach angestellter Reaktion. 2. Zu 10 ccm Aq. dest. werden drei Tropfen obiger Normaljodlösung zugefügt. Diese Lösung (B) entspricht ziemlich dem unmalignen Urin nach angestellter Probe. Nun wird die Urinprobe vorgenommen wie folgt: zu 4 ccm Urin werden zehn Tropfen obiger Normaljodlösung zugefügt und gut durchgeschüttelt. Dann werden 4 ccm Salzsäure, C. P. spez. Gew. 1,19, zugesetzt und wieder gut durchgeschüttelt. Hat der Urin dann die Farbe von A, kann der Fall als nichtmaligne betrachtet werden, wenn die von B, als maligne. Ein ausgesprochener Unterschied in der Farbe soll auf einen vorgeschrittenen Zustand hinweisen, geringere Farbenunterschiede einen beginnenden oder weniger ausgedehnten Prozeß bedeuten.

E. Klemm-Leipzig.

Die Untersuchung des Harnniederschlages mit dem Tuschsystem, von L. Detre-Budapest. (Sitzung des Budapester Ärztevereins, 19. April 1913.) Der Urin wird gut zentrifugiert und dann der Satz mit flüssiger Tusche von gleicher Quantität

Digitized by Google

in einer Pipette gemischt. Die Mischung wird hierauf auf einem Objektglas ausgeblasen und zerrieben. Ist der Urin alkalisch, so wird der Satz vorher mit 1%iger ClNa-Lösung gewaschen, da sich sonst die Tusche nicht gleichmäßig verteilt. In dem an der Luft getrockneten Präparate sucht man mit kleiner Vergrößerung die auf Zylinder verdächtigen Gebilde, die dann bei mittlerer Vergrößerung oder Immersion identifiziert werden können. Auf der schwarzen Basis kommen sämtliche Zellen, Zylinder, Zylindroide, Schleimfäden, Kristalle und Bakterien scharf zum Vorschein und können sehr leicht erkannt werden. Das Trockenwerden ändert an der Struktur der Zylinder nichts, so daß z. B. Hyalin, körnige, zellige usw. Zylinder ebensogut unterschieden werden können, wie bei frischen Präparaten. Der Vorteil dieses Verfahrens ist, daß 1. die Präparate ständig sind und daß die Nachuntersuchung auch später noch möglich ist, daß 2. das Auffinden von Zylindern geringerer Zahl außerordentlich erleichtert wird, daß 3. im Urin mit starkem Eitergehalt das Erkennen der Zylinder geringer Zahl möglich ist, daß 4. man sich überzeugen kann, daß zwischen Zylinder und Zylindroiden keine wesentliche Abweichung und kein Unterschied ist. Vortragender demonstrierte an projizierten Präparaten, wie die typischen Zylinder in Zylindroide übergehen.

M. Porosz-Budapest.

Eiter im Urin, von Victor Cox Pedersen-New York. (New York m. J., 13. Dezember 1913.) Eiter im Urin oder Pyurie bedeutet im allgemeinen einen entzündlichen Prozeß ernsthafter Natur, der, wie Hämaturie an irgend einem Teile des Urogenitalsystems seinen Ursprung haben kann. Beim Manne kann dies die Vorhaut, vorderer und hinterer Teil der Harnröhe und die um dieselbe liegenden Organe oder Gewebe, namentlich die Prostata, beim Weibe Vulva, Vagina, Uterus und Harnröhre (entsprechend der Pars posterior der Harnröhre beim Manne), und bei beiden Geschlechtern Blase, einer oder beide Harnleiter, Nierenbecken und die Nieren selbst sein. Die eigentliche Ursache ist Infektion und deren verschiedentlichen Erreger. Beginnend von der Balanitis, deren wichtigste Form wohl die auf Syphilis beruhende ist und nur im ersten Glas Urin eine geringe Menge Eiter enthält, illustriert P. die meisten der vorgenannten Arten von Pyurie mit entsprechenden Beispielen aus der Praxis. Für die Unterscheidung der Stelle, von wo aus der Eiter in der Harnröhre seinen Ausgangspunkt hat, gibt es nach P.s Erfahrung keine bessere Methode als Wolbarsts Fünfgläserprobe; da hierbei immerhin die Gefahr einer Blaseninfektion vorhanden ist, so gibt P. einige Tage vor- und nachher Harnantiseptika. Ein Fall von eitriger follikulärer Prostatitis lehrt die Tatsache, daß Eiter selten makroskopisch und meist nur mikroskopisch nachzuweisen ist. Die Notwendigkeit frühzeitiger zystoskopischer Untersuchung ist vorhanden, wenn irgend eine ausgesprochene Blasenstörung sich zeigt, mag auch kein Blut oder Eiter im Urin oder derselbe nur mikroskopisch nachzuweisen sein; besonders bei Neubildungen, Papillomen u. a. der Blase kann eine frühzeitige Diagnose die Beschwerden auch bald beseitigen. Hydronephrosis kann mit Eiterbildung verbunden sein und zu Pyonephrosis führen, wie die Wahrscheinlichkeitsdiagnose in einem von P. beobachteten Falle ergab, wo zwar Katheterismus der Harnleiter mit denkbar größter Sorgfalt ausgeführt wurde, aber eine mehrere Wochen anhaltende, tiefgehende Nierenstörung zur Folge hatte. Der zuletzt beschriebene Fall betraf eine Niereneiterung, welche nach Nephrektomie infolge von Bacillus coli-Infektion der Wunde und Allgemeinsepsis tödlich endete; Patient, ein 27jähriger verheirateter Mann, hatte seinen Zustand für einen Rückfall von blennorrhoischer Urethritis gehalten und viel zu lange — sechs Monate — gewartet, bis er ärztliche Hilfe aufsuchte und die Infektion von der Niere auf Harnleiter und Blase sich ausgebreitet hatte. Wie ersichtlich, wählte Verfasser besonders instruktive Fälle zur Illustrierung seines Themas.

M. Stern-München.

Digitized by Google

Dermatologische Kleinigkeiten.

Syphilis und Lebensversicherung, von HENRY H. SCHROEDER - New York. (M. Record, 1914, Nr. 16.) Die vielfachen, die Interessen der Lebensversicherungsgesellschaften schädlich beeinflussenden Folgen der Syphilis können nur dadurch gemildert werden, daß die Ärzte der Lebensversicherungsgesellschaften grundsätzlich niemand mit luetischer Anamnese annehmen, bis mindestens ein Jahr nach der letzten Behandlung verflossen ist, mehrere in regelmäßigen Zwischenräumen ausgeführte Blutuntersuchungen eine negative WR ergeben, ebenso eine provokatorische WR am Ende dieses Jahres. Obwohl eine Erfüllung dieser Bedingungen nicht eine vollständige Heilung beweist, ist sie doch für die Praxis ausreichend; denn wenn auch die einfache Komplementbindungsreaktion eine wertvolle Kontrolle während der Behandlung darstellt, so ist sie doch für einen endgültigen Heilungsbeweis weniger wertvoll als die negative provokatorische WR, die, besonders wenn sie wie bei wiederholten Untersuchungen festgestellt wurde, ja beweist, daß die Spirochäten an allen den Orten zugrunde gegangen sind, die das Blut auf seinem Kreislauf erreichen kann. NONNES „4 Reaktionen" sind praktisch für die Zwecke der Lebensversichungsgesellschaften nicht brauchbar. Leute mit tertiärer Syphilis in der Anamnese sollten unter keinen Umständen aufgenommen werden. Auf die Wichtigkeit einer möglichst durch Spirochätennachweis im Primäraffekt gesicherten ersten Diagnose für die Beurteilung ev. später auftretender Symptome wird hingewiesen; ferner wird empfohlen, nur von geübten Serologen mit großer Erfahrung die WR ausführen zu lassen. Da nun trotz aller genauen Untersuchungen und trotz aller Anzeichen anscheinender Heilung immer noch durch Versicherung von an den Folgen der Syphilis Leidenden für die Lebensversicherungsgesellschaften große Verluste entstehen, sollte man Syphilitiker nur unter der Bedingung versichern, daß die Police mit 55 Jahren abläuft oder aber die Prämien erhöht werden. Eine eingehende Prüfung der Kreislauforgane und des Nervensystems ist bei luetischer Anamnese unbedingt notwendig; insbesondere sollte jedesmal eine Blutdruckmessung stattfinden. Wenn auch mancher die Versicherung Wünschende die Erfüllung und Ausführung aller dieser Dinge als große Belästigung ansehen wird und vielleicht die eine oder andere Versicherung nicht zum Abschluß kommt, so wird dadurch keineswegs viel verloren: denn der Nichtabschluß einer Versicherung mit Personen bei luetischer Anamnese wird eher die letzteren Interessen der Gesellschaft vor Schaden bewahren, als sie schädigen.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde, von GENNERICH. (M. m. W., 1915, Nr. 16.) Die Arbeit enthält eine Reihe von wertvollen, praktischen Ratschlägen teils prophylaktischer, hygienischer Art, teils die Therapie betreffend; eine Wiedergabe der zahlreichen Einzelheiten würde aber den Rahmen eines Referates überschreiten.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ein einfaches Vorbeugungsmittel gegen Verlausung und ihre Folgen (Nachtrag), von EYSELL. (M. m. W., 1915, Nr. 16.) Verfasser wiederholt sein (M. m. W., 1915, Nr. 10) schon früher empfohlenes Verfahren zur Abwehr gegen Läuse, eine Portion Sulfur praecipitatum (nicht S. sublimatum) in das Unterzeug durch Bürsten desselben einzutreiben. Unter dem Einfluß der Körperwärme und des Schweißes sollen sich Schwefelverbindungen (schwefelige Säure u. a.) bilden, die antiparasitär wirken. Die erste Mitteilung E.s scheint vielfach mißverstanden worden zu sein.

A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Bleivergiftung als Folge des Gebrauchs von Schönheitsmitteln, von G. W. Robinson-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 10.) Verfasser berichtet über zwei Patientinnen, bei denen sich schwere Nervenlähmungen nebst anderen Zeichen von Bleivergiftung entwickelt hatten infolge des längere Zeit fortgesetzten Einpuderns des Gesichts mit einem in Amerika anscheinend sehr beliebten Schönheitsmittel, „Flake white", das zum großen Teil aus Bleisubkarbonat besteht. Unter geeigneter Behandlung und Verbot der weiteren Anwendung des Kosmetikums erfolgte Genesung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Gelegentlich des russischen Einfalles in **Memel** wurde auch das eine halbe Stunde von der Stadt entfernte und etwa 20 Kranke beherbergende **Lepraheim** geplündert.

Nach einer Mitteilung des U. S. Public Health Service gibt es zurzeit in den **Vereinigten Staaten** folgende **Leprosarien:** Leper Home in San Francisco, Cal.; Louisiana State Leper Home in New Orleans, La.; Massachusetts Leper Station, Penikese Island, Mass.; Hawaiian Leper Colony, Molokai, Hawaii; Philippine Leper Island, Culion Island, P. J.; Porto Rico Leper Colony, Cabras Island, P. R.

Der nordamerikanische Staat Illinois plant die Errichtung eines Leprosoriums, welches an das im Baue begriffene Alton State Hospital angegliedert werden soll.

Am 4. Mai fand die Eröffnung des neuen James Buchanan Brady Urological Institute am John Hopkins Hospital in Baltimore statt.

P. A. Surgeon Randolph M. Grimm in Savannah, Ga. wurde zum Leiter des Government Pellagra Hospital in Spartanburg, S. C. ernannt.

Prof. Franz v. Krzysztalowicz, Abteilungsschefarzt des Festungsspitales Nr. 4 in Krakau, wurde auf Kriegsdauer zum Stabsarzte ernannt.

Dr. Hugo Guth-Karlsbad wurde zum k. u. k. Regimentsarzte der Evidenz ernannt.

Prof. Ernest Gaucher-Paris ist zurzeit als Chefarzt der Infektionabteilung des Hôpital militaire Villemin tätig.

Der Urologe Dr. Kurt Frank-Wien befindet sich in Taschkent in russischer Kriegsgefangenschaft.

Dr. Auguste Marie, Chefarzt der Asiles publiques de la Seine in Villejuif bei Paris und Verfasser einer viel verbreiteten Bearbeitung von Lombrosos „Pellagra", ist gefallen.

Dr. Max Salzmann-Breslau ist gefallen.

Dr. Lucien Jacquet, leitender Arzt am Hôpital Saint-Antoine in Paris, ist um Neujahr gestorben.

Prof. George Warren Spencer, konsultierender Dermatologe am Huron Road Hospital in Cleveland, O., ist gestorben.

Der Lepraforscher Sir George Turner ist, 79 Jahre alt, an den Folgen einer in Transvaal erworbenen Leprainfektion in Colyton, Devon gestorben.

Dr. William Fleming Breakey, Professor der Dermatologie an der Universität Chicago, ist am 1. April, 79 Jahre alt, gestorben.

Dr. Richard Fischel, Kurarzt in Bad Hall, zuletzt Arzt am Roten Kreuzspitale in der Ferdinandskaserne in Prag, ist daselbst am 28. April gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

10. Juli 1915 | Nr. 28 | Band 61.

Aus der Dermatologischen Klinik zu Breslau (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Neisser).

Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum.

Von

Dr. Smilovici, Assistenzarzt.

In einer in der Dermatologischen Wochenschrift, 1915, Nr. 7, erschienenen Arbeit hat J. Schumacher das Ammoniumpersulfat aufs wärmste als Antigonorrhoikum empfohlen. Er faßte seine Resultate in folgender Weise zusammen:

„Nach den mitgeteilten Krankengeschichten und den übrigen gemachten Erfahrungen komme ich zu dem Resultat, daß Ammoniumpersulfat die Silberpräparate bei der Behandlung der Gonorrhoe völlig ersetzen kann, ja sie in gewissen Eigenschaften sogar übertrifft. Seine Hauptvorzüge gegenüber den Silberpräparaten sind außer seiner absoluten Reizlosigkeit seine sekretionsbeschränkende Wirkung, die wahrscheinlich zum größten Teil auf hochgradiger oxydativer Zerstörung der Toxine und dadurch aufgehobener positiver Chemotaxis beruht. Ferner, daß seine Lösungen absolut wasserklar sind, keine Flecke in Wäsche von Arzt und Patient auch nicht nach Einwirkung des Lichtes erzeugen und seine Tabletten momentan wasserlöslich sind. Es eignet sich auch zur Behandlung anderer bakterieller Infektionen und kann somit eine allgemeine urethrale Anwendung finden. Daß es in fester Form zu prophylaktischen Zwecken dienen kann, wird ein weiterer Vorteil sein. Sein billiger Preis endlich dürfte seine Verbreitung ungemein erleichtern."

So viele gute Eigenschaften, wie auch die guten Ergebnisse der von ihm behandelten Fälle und seiner allerdings nur mit Kolibazillen in vitro gemachten Versuche veranlaßten uns, das empfohlene Salz bei unseren Gonorrhoikern zu verwenden.

Es wurden 10 Patienten nach der Schumacherschen Vorschrift (1% ige Lösung, dreimal täglich je 10 Minuten und je eine Janet-Spülung) behandelt. Die Ergebnisse waren durchaus unbefriedigend. Nach einer 10—14tägigen Behandlung hatten fast alle Patienten Gonokokken im Morgenabstrich. In vier weiteren Fällen wurde eine 2% ige Lösung verwendet und die Behandlungszeit verlängert derart, daß die Patienten bei jeder Sitzung, also dreimal täglich, die Lösung zweimal 10 Minuten lang in der Harnröhre behielten. Aber auch jetzt waren nach 10—14 Tagen stets noch massenhaft Gonokokken nachzuweisen. Hin und wieder verschwanden die Gonokokken zeitweise, traten aber nach 1—2tägiger Aussetzung der Therapie wieder auf.

Digitized by Google

Es wäre noch zu bemerken, daß sämtliche bei den angeführten Versuchen in Betracht kommenden Fälle unkompliziert waren, ohne paraurethrale Gänge, Infiltrate usw. Alle Patienten sind nach einer mit Protargol nachträglich ausgeführten Therapie als geheilt entlassen worden.

Wir prüften auch die gonokokkentötende Kraft des Ammoniumpersulfats in vitro, während SCHUMACHER nur mit Kolibazillen Versuche gemacht hat. Unsere Versuche wurden in folgender Weise durchgeführt:

Eine Reihe gutbewachsener, 24 Stunden alter Gonokokkenkulturen wurde mit 1 ccm Ascites NaCl-Lösung (1 + 2 Teile) abgeschwemmt. Je 1 ccm dieser Emulsion wurde verschiedenen Konzentrationen des Ammoniumpersulfats 1 : 20, 100, 200, 1000 zugefügt; die Mischung wurde gut durchgeschüttelt und in den Thermostaten von 37° gestellt. Nach 5, 15 und 60 Minuten wurden Abimpfungen auf Aszitesagar vorgenommen, die nach dreitägiger Beobachtungszeit folgendes endgültige Ergebnis hatten:

Konzentration	5 Minuten		15 Minuten		1 Stunde	
1 : 20	—	(+) +	— 3 Kol.	(+) (+)	—	—
1 : 100	++ +++	++ +++	+ ++	(+) ++	— 1 Kol.	4 Kol. 3 Kol.
1 : 200	+++	+++	+++	+++	+	+
1 : 1000	+++	+++	+++	+++	++	+++
Kontrolle	+++	+++	+++	+++	+++	+++

Es stellte sich also eine sehr schwache Desinfektionskraft heraus, die der der üblichen antigonorrhoischen silberhaltigen Salze weit nachsteht.

Gesamtresultat: das Ammoniumpersulfat ist als Antigonorrhoikum nicht brauchbar.

Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum.

Von

J. SCHUMACHER, Berlin.

In der vorigen Arbeit prüfte SMILOVICI die gonokokkentötende Kraft des Ammoniumpersulfats und kommt zu dem Schluß, daß seine Desinfektionskraft nur eine schwache ist und der der üblichen silberhaltigen Salze weit nachsteht. Bei seinen Versuchen hat er jedoch die chemischen Verhältnisse der Desinfektion mit Ammoniumpersulfat völlig außer acht

Digitized by Google

gelassen, obwohl schon Wacker und ich ausdrücklich darauf hingewiesen haben. Wacker fand, daß es absolut nicht gleichgültig ist, ob man nur 0,1 ccm Bakterienaufschwemmung zu der doppelten oder einfachen Menge Desinfektionsflüssigkeit brachte. Verwendete er 0,2 ccm Bakterienbelag (Erysipelstreptokokken), so war eine Desinfektionswirkung der 0,5%igen Lösung bei einer Temperatur von 22° und einer Einwirkungszeit von zwei Minuten nicht zu erkennen. Erst die 2%ige Lösung tötete mit Sicherheit ab. Nahm er dagegen nur 0,1 ccm Bakterienbelag zu demselben Versuch, so blieben nicht nur alle Aussaaten, die mit 0,5%iger Lösung desinfiziert waren, steril bei gleicher Temperatur und gleich langer Einwirkungsdauer, sondern die Desinfektion erfolgte schon in der Hälfte der Zeit. Wacker wies alsdann daraufhin, daß hieraus genau ersichtlich sei, welche Rolle die Quantität der angewendeten Bakterien bei der Beurteilung eines Desinfektionsmittels spiele. Hieraus folgt, daß zwei verschiedene Beobachter, die verschieden große Bakterienmengen zu den Desinfektionsversuchen nehmen, zu verschiedenen Resultaten kommen müssen. Der eine findet erst die 2%ige Lösung ausreichend zur Desinfektion, der andere bereits die ½%ige. Dieser Unterschied beruht eben darauf, daß ein Teil des Ammoniumpersulfats bei der Oxydation verbraucht wird, worauf ich seinerzeit ausdrücklich hinwies. Auch konnte ich die Befunde Wackers bestätigen. Nahm ich 0,1 ccm Bacterium coli Aufschwemmung und brachte sie zu 30 ccm 1%iger Ammoniumpersulfatlösung, so waren die aufgegangenen Kolonien nach einer Einwirkungzeit von einer Minute meist zählbar, während bei dem gleichen Versuch mit nur 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit unendlich viel gewachsen war. Auch nach einer Einwirkungszeit von fünf Minuten war ein Unterschied deutlich erkennbar. Nun ist es für die Beurteilung der Desinfektionskraft sehr wesentlich, ob Smilovici die Gonokokkenaufschwemmung zu 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit, ob er sie mit gleichen Teilen Desinfektionsflüssigkeit versetzte oder ob er sie je zu der Ammoniumpersulfatlösung 1 : 20, 1 : 100, 1 : 1000 brachte. Diese Hauptsache, die für die Beurteilung wichtig ist, ist leider aus der Arbeit Smilovicis gar nicht zu erkennen. Dazu kommt, daß wir therapeutisch gerade unter den günstigsten Chancen arbeiten, indem nämlich durch eine Janetsche Spülung große Mengen Desinfektionsflüssigkeit mit verhältnismäßig geringen Mengen organischer Substanz zusammenkommen.

Aber noch in anderer Hinsicht sind seine Versuche nicht beweisend. Er übersieht ja völlig, daß er außer den Gonokokken in nicht unerheblicher Menge andere organische Substanzen, Aszitesflüssigkeit, zu der Desinfektionsflüssigkeit gebracht hat. Ein großer Teil des Am-

Digitized by Google

moniumpersulfats erschöpft sich bereits durch die Oxydation der Aszitesbestandteile und scheidet für die Desinfektion der Gonokokken aus. Smilovici hat daher, wenn er über den Desinfektionswert einer 1%igen Ammoniumpersulfatlösung bei Gonokokken berichtet, gar nicht die 1%ige Lösung geprüft, sondern in Wirklichkeit eine viel geringer prozentige Lösung, um so viel geringer prozentig, als vorhandene organische Substanzen der Aszitesflüssigkeit Ammoniumpersulfat für sich zur Oxydation in Anspruch nahmen. Ich habe mich daher veranlaßt gesehen, die Desinfektionskraft des Ammoniumpersulfats bei Gonokokken ebenfalls zu untersuchen, dazu außerdem seinen Einfluß auf einen noch widerstandsfähigeren Mikroorganismus, den Staphylococcus pyogenes aureus, kennen zu lernen.

Eine üppig gewachsene Gonokokkenkultur[1]) auf Aszitesagar gezüchtet, wurde mit 3 ccm 37° warmer physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt und je zwei Tropfen dieser Emulsion zu 20 ccm Desinfektionsflüssigkeit gebracht. Die Mischung wurde gut geschüttelt und sofort in den Thermostaten gestellt. Nach 5, 15 und 30 Minuten wurden Abimpfungen auf Aszitesagar gemacht, die nach drei Tagen folgendes Resultat ergaben:

	5 Min.	15 Min.	30 Min.
1%ige Lösung	++ ++	+ +	− − − − − −
3%ige Lösung	+ ++	− − − − − −	− − − − − −
5%ige Lösung	− − − 3 Kol.	− − − − − −	− − − − − −
10%ige Lösung	− − − − − −	− − − − − −	− − − − − −
Kontrolle	++	++	++

Daraus ergibt sich, daß die 1%ige Lösung mit Sicherheit die Gonokokken nach einer Einwirkungszeit von 30 Minuten abzutöten vermag, die 3%ige nach einer solchen von 15 Minuten. Wenn Smilovici glaubt, die Desinfektionskraft einer Ammoniumpersulfatlösung 1:200 und 1:1000 untersuchen zu müssen, so erkennt man keinen Grund fur die Vornahme dieser Untersuchungen. Kein Mensch wird erwarten, daß ein Oxydationsmittel in einer Verdünnung von 1:1000 nennenswert desinfizierend wirken wird. Unser Wasserstoffsuperoxyd verwenden wir 33%, das ist eine ca. 300 mal stärkere Konzentration.

Wenn ich den Wert der Silbersalzlösungen und des Ammoniumpersulfats einer kritischen, objektiven Betrachtung unterziehe, so kann

[1]) Bezogen aus dem bakt. Institut von Dr. Piorkowski-Berlin.

Digitized by Google

ich nur wiederholen, was ich in meiner früheren Arbeit schon hervor hob. „Lediglich in der Schnelligkeit der Abtötung übertreffen die Silberpräparate das Ammoniumpersulfat, was ja erklärlich ist, da bei letzterem die Desinfektionskraft auf Oxydation beruht und dazu eben etwas Zeit erforderlich ist."

Die Vernichtung der Gonokokken erreichen wir mit beiden Präparaten. Bei den Silbersalzen augenblicklich, bei dem Ammoniumpersulfat erst nach einiger Zeit. Diese momentane Abtötung der Gonokokken durch einige Silberpräparate unterscheidet diese in desinfektorischer Hinsicht von dem Ammoniumpersulfat. Aber nur einige leisten dies. Nach einer Arbeit Schäffers und Steinschneiders aus der Neisserschen Klinik[1]) sind „ziemlich reichlich" Gonokokken gewachsen, wenn eine $^1/_4$%ige Protogallösung fünf Minuten lang einwirkte, einige Kolonien notiert bei einer Einwirkungszeit von zehn Minuten. Die $^1/_4$%ige Protogallösung leistet also nicht erheblich mehr wie eine 3%ige Ammoniumpersulfatlösung, unter Voraussetzung der Richtigkeit der Befunde obengenannter Autoren, woran nicht zu zweifeln ist. Aber für die Verhältnisse bei der Harnröhre glaube ich, ist dieser Unterschied nicht von so großer Bedeutung, ob die Abtötung der Gonokokken sofort erfolgt oder erst nach einiger Zeit, da die Desinfektionsflüssigkeit immerhin einige Zeit mit der Schleimhaut in Berührung bleibt nach einer Spülung.

Die Einwirkung des Ammoniumpersulfats auf den Staphylococcus pyogenes aureus führte zu folgenden Resultaten. Hier wurden ungünstige Verhältnisse gewählt und je zwei Tropfen einer üppigen in einem Nähragarröhrchen gewachsenen Staphylokokkenkultur, die mit 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt war, zu 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit gebracht, die gut geschüttelt sofort in den Thermostaten kam.

	1 Min.	3 Min.	5 Min.	15 Min.	30 Min.
1%ige Lösung	+++	+++	+++	+++	− − −
3%ige „	+++	+++	++	− − −	− − −
5%ige „	+++	++	++	− − −	− − −
10%ige „	++	++	− − −	− − −	− − −
Kontrolle	+++	+++	+++	+++	+++

Aus dieser Tabelle ersieht man, daß mit steigernder Konzentration des Ammoniumpersulfats die Zeit der Einwirkungsdauer kürzer zu sein braucht zur Abtötung der Bakterien als bei einer entsprechend schwächer konzentrierten Lösung, wie wir dies ebenso aus der Tabelle des Gono-

[1]) Zit. nach Koch im Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle-Wassermann.

Digitized by Google

kokkenversuches ersehen können. Auch die 10%ige Ammoniumpersulfatlösung vermag ebenfalls nicht sofort zu desinfizieren. Hier ist auch eine gewisse Zeit zur Oxydation erforderlich. Ich möchte nicht versäumen, nochmals darauf hinzuweisen, daß das Resultat bezüglich der Desinfektion etwas besser würde, wenn man statt 10 ccm Desinfektionsflüssigkeit 30 ccm genommen hätte, was der Anwendung von nur einem Drittel der Keimzahl entsprechen würde. Würden bei der Prüfung statt zwei Tropfen dieser Aufschwemmung nur ein Tropfen auf 30 ccm gebracht, so würde sich die Desinfektionskraft noch weiter erhöhen. Umgekehrt muß ein anderer Beobachter, der beispielsweise zwei Staphylokokkenagarröhrchen abgeschwemmt hat durch die große Anzahl der verwendeten Bakterien etwas ungünstigere Resultate erhalten. Aber so enorme Bakterienmengen kommen praktisch nicht in Betracht, deshalb verschwinden auch bakterielle Infektionen der Harnwege nach Ammoniumpersulfatspülungen sehr rasch; mitunter konnte ich schon am nächsten Tage auch mit der Unna-Pappenheimschen Färbung[1]) keine Mikroorganismen mehr nachweisen.

Eins kann ich bei der Beschreibung der Desinfektionsvorgänge nicht übergehen. Die Halogene sind unsere stärksten Desinfektionsmittel, wie dies beispielsweise für eine wäßrige Chlorlösung zutrifft und auch aus den Versuchen von Krönig und Paul[2]) ersichtlich ist. Verwendet man eine beliebig hergestellte, hochgradig verdünnte wäßrige Chlorlösung, die noch gut desinfiziert, und bringt hierzu die obige Bakterienaufschwemmung statt in physiologischer Kochsalzlösung in einer Aszites-NaCl-Lösung abgeschwemmt, so kann der Fall eintreten, daß das ganze Chlor durch die organischen Bestandteile der Aszitesflüssigkeit gebunden wird und ein Bakterienwachstum erfolgen kann. Ist denn deshalb das Chlor kein Desinfektionsmittel, weil jetzt Bakterienwachstum eintritt? Hierzu ist zu erwähnen, daß die Verhältnisse bei dem Jod anders liegen. Hier findet Bakterienvernichtung und Wachstumshemmung statt, weil die chemischen Vorgänge hier anders liegen. Für das Sublimat ergeben sich ähnliche Verhältnisse bei Anwesenheit von organischen Stoffen, speziell von Eiweiß. Die äußeren Umstände bei Anstellung von Desinfektionsversuchen sind also höchst wichtig. Dies ist schon lange bekannt und trifft für das Jod und Sublimat ebenso zu wie für das Ammoniumpersulfat.

Wenn Smilovici sein Urteil auf Grund dieser Desinfektionsversuche dahin zusammenfaßt, daß er kategorisch erklärt, „das Ammoniumpersulfat ist als Antigonorrhoikum nicht brauchbar," so bin ich anderer Ansicht, beipflichten würde ich ihm, wenn er gesagt hätte, das Ammonium-

[1]) Die bekanntlich nicht nur Gonokokken färbt. — [2]) Zschr. f. Hyg, 1897, Bd. 25.

Digitized by Google

persulfatlösung ist in der von mir empfohlenen Konzentration für die Gonorrhoebehandlung nicht in jedem Fall genügend wirksam und damit kommen wir zu dem klinischen Teil.

Auch hier verfuhr ich etwas anders wie Smilovici, indem ich den Patienten nach der Spülung nochmals die Blase mit 100—200 ccm Ammoniumpersulfatlösung füllte und sie anwies, diese Lösung möglichst lange zu halten. Auf diese Weise konnten sich die Patienten eine zweite Spülung ersetzen, da das Ammoniumpersulfat auch nach mehreren Stunden noch wirksam ist, wie man nachweisen kann[1]). Diese Verhältnisse hatte ich ebenfalls in meiner Arbeit erwähnt. Smilovici ist mit der Behandlung der Gonorrhoe mit 1 %iger Lösung unzufrieden. Ob er versucht hat, einige Fälle abortiv zu heilen, geht aus seiner Arbeit nicht hervor. Wie erwähnt, habe ich in diesen Fällen zweimal täglich reichlich mit Ammoniumpersulfat gespült, dazu dem Patienten je eine Blasenfüllung mit auf den Weg gegeben, wodurch die Harnröhre täglich viermal intensiv mit 1 %iger Lösung gespült wurde und diese in der Zwischenzeit ebenfalls auf die Gonokokken einzuwirken imstande war. Spülte ich nicht so reichlich, so beobachtete ich im Laufe der Zeit ebenfalls Fälle, bei denen ich nicht immer befriedigt war, besonders, wenn ich wie Smilovici verfuhr und nur eine Janetsche Spülung vornahm und die Patienten nur eine Spritze Ammoniumpersulfat injizieren ließ. Hier stimmen also unsere Erfahrungen überein. Wenn ich dennoch in meinen Fällen mit der 1 %igen Lösung Abortivheilungen erzielte, so erkläre ich mir dies auf folgende Art. Die reichlichen Spülungen haben die Desinfektionskraft der 1 %igen Ammoniumpersulfatlösung, die die Gonokokken erst nach 30 Minuten abzutöten vermag, wirksam unterstützt, und hierdurch erklären sich die Abortivheilungen. Dem mechanischen Moment kommt in der Tat eine hohe Bedeutung zu. Dies geht auch aus meiner aus der Josephschen Klinik veröffentlichten Gonorrhoestatistik hervor[2]), wo verschiedentlich Abortivheilungen erzielt wurden mit Silberpräparaten, die sich mangelnder Desinfektionskraft wegen später nicht in die Therapie einführen konnten. Da ich ebenfalls die 1 %ige Ammoniumpersulfatlösung für alle Gonorrhoefälle[3]) nicht genügend wirksam fand, wenn die

[1]) So kann man beispielsweise in gleichen Teilen Urin und 2 %ige Ammoniumpersulfatlösung noch nach 20 Tagen intaktes Ammoniumpersulfat mit Benzidin nachweisen. — [2]) Derm. Zbl., 1915. — [3]) Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf eine ähnliche Erfahrung hinweisen. Ehe ich das Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum in das Bereich meiner Betrachtungen zog, behandelte ich mehrere Gonorrhoefälle mit naszierendem Schwefel. Ich verfuhr dabei so, daß ich gleiche Teile einer 2,5 %oigen Natriumthiosulfatlösung und $^1/_8$ %iger Sulfosalizylsäurelösung eben vor der Spülung mischte und sofort injizierte. Auch hier gelang mir in zwei Fällen eine Abortivheilung, in mehreren Fällen erwies sich die Therapie als unwirksam. Daß es verschieden widerstandsfähige Gonokokkenstämme

Digitized by Google

Gonokokken auch oft tagelang verschwunden waren, was auch Smilovici bestätigt, so ging ich bereits kurz nach meiner ersten Publikation, ehe ich die bakteriologischen Versuche mit Gonokokken angestellt hatte, zur 2%igen und später zur 3%igen Lösung über.

Ich halte deswegen ein Medikament noch lange nicht für unbrauchbar, wenn es in 1%iger Lösung nicht in jedem Fall genügt. Was würde das Wasserstoffsuperoxyd in 1%iger Lösung leisten, bloß in bezug auf seine Gasentwicklung, geschweige erst in desinfektorischer Hinsicht? Trotz seiner nicht nennenswerten Wirkung in 1%iger Lösung möchten wir es in der Wundbehandlung nicht mehr missen. Da wir in dem Ammoniumpersulfat ebenfalls ein indifferentes Präparat vor uns haben, so habe ich des öfteren auch mit 5%igen, in einigen Fällen sogar mit 10%igen Lösungen gespült, mit letzteren allerdings nicht in ganz frischen Fällen[1]). Die 10%ige Lösung verursachte stets Brennen; welche Erscheinung aber nicht auf das Ammoniumpersulfat an sich, sondern auf die hoch konzentrierte Salzlösung zurückzuführen ist, ebenso wie bereits Urin auf entzündenden Schleimhäuten durch seinen hohen Salzgehalt Brennen verursacht. Die 5%ige Lösung wurde meist vertragen, hie und da über etwas Brennen geklagt. Die 3%ige Lösung machte keine Beschwerden, wurde sowohl bei Spülungen als auch bei Injektionen gut vertragen. Ich spüle daher seit längerer Zeit nur mit der 3%igen Lösung und die Patienten injizieren zu Hause dreimal täglich dieselbe Lösung. Nach einiger Zeit lasse ich die 5%ige Lösung injizieren. Dabei weise ich den Patienten an, nach dem Urinieren erst eine Spritze zur Reinigung der Harnröhre zu injizieren und erst dann die Flüssigkeit zu halten, ähnlich wie dies Max Joseph[2]) auch für die Injektionen der Silberpräparate empfiehlt. Dadurch wird noch eine Menge organischer Substanzen beseitigt und das Ammoniumpersulfat dadurch wirksamer. Es genügt völlig, die Flüssigkeit acht Minuten lang halten zu lassen, da alsdann die Abtötung der Gonokokken bedeutend rascher erfolgt durch die geringe Anzahl der Keime und die relativ große Menge Ammoniumpersulfat. Diese Therapie hat sich auch bei Berücksichtigung der bakteriologischen Befunde als genügend erwiesen. Verfährt man wie beschrieben, so konstatiert man, daß bei Anwendung der 3%igen Lösung auch in

---

gibt, geht auch aus dieser Beobachtung hervor. Bei dem bakteriologischen Versuch erwies sich auch hier die Wirkung des Schwefels erheblich stärker bei höherer Temperatur, bei der alle chemischen Reaktionen bekanntlich rascher ablaufen. — [1]) Wäre eine 10%ige Lösung zur Gonorrhoebehandlung nötig, so würde ein Hauptvorzug des Ammoniumpersulfats schwinden, da so hochgradig konzentrierte Lösungen durch ihre Fähigkeit, Farbstoffe zu bleichen, ebenfalls Flecken machen. — [2]) Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.

Digitized by Google

akuten Fällen die Gonokokken bald verschwinden, in subakuten Fällen bei Injektionen mit 5 %iger Lösung oft schon nach 1—2 Tagen unter der üblichen Verminderung der Sekretion und deren Farbe, die durch die bleichende Wirkung des Ammoniumpersulfats bedingt wird.

Auch bei der Behandlung mit Silberpräparaten sind die Gonokokken oft noch längere Zeit im Sekret vorhanden. So berichtet Pfuhl[1]), daß in frischen Fällen die Gonokokken in 12—17 Tagen verschwanden bei Anwendung einer 1 ‰igen Albarginlösung, welches Präparat ich für das zurzeit beste Silberpräparat halte, da es in relativ dünnen Lösungen kraft seines hohen Silbergehaltes stark desinfizierend wirkt und hierbei sowohl das Hegonon als auch das Protargol erheblich übertrifft. Sie stehen mit dem halben Silbergehalt an Desinfektionskraft dem Albargin bei Anwendung gleichstark verdünnter Lösungen natürlich nach und sind dadurch nicht unerheblich teurer als jene, wenn diese in höherer Konzentration auch dasselbe zu leisten vermögen. Pick[2]) sah ebenfalls bei Behandlung mit 1 ‰iger Albarginlösung die Gonokokken mitunter erst nach 14 Tagen verschwinden.

Auf die Vorzüge des Ammoniumpersulfats kam ich bereits in meiner ersten Arbeit zu sprechen. Für seine Reizlosigkeit sprechen mir wieder folgende zwei Fälle. Ein Patient wurde mit 3 %iger Ammoniumpersulfatlösung behandelt und war tagelang ohne Gonokokken. Eine einzige Albarginspülung 1 : 1000 rief bei ihm nicht nur eine akute Reizung mit heftiger Sekretion und massenhaften Gonokokken hervor, sondern er bekam nach zwei Tagen auch eine Posterior. Gerade das Auftreten zwei Tage nach der Albarginspülung und der durch sie verursachte Reizzustand sprechen mir für den Zusammenhang der Albarginspülung mit dem Auftreten der Posterior. Glücklicherweise sind solche Fälle bei Silberbehandlung selten, aber sie zeigen immer wieder, daß wir noch nicht das ideale Präparat besitzen. Trotz dieser Reizzustände vertrug der Patient aber die 3 %ige Ammoniumpersulfatlösung gut und die Gonokokken verschwanden rasch danach. In einem anderen Fall wurden überhaupt keine Silberpräparate vertragen, die von anderer Seite verordnet waren, ohne Reizung zur Folge zu haben. Auch hier vertrug der Patient die 3 %ige Ammoniumpersulfatlösung glatt.

Ich habe des öfteren folgendes Experiment gemacht. Spülte ich die Patienten längere Zeit mit 3 %iger Ammoniumpersulfatlösung und an einem anderen Tage mit Albargin 1 : 1000, so meinten die Patienten fast ausnahmslos, heute ist wohl die Lösung „schärfer". Das subjektive Moment von seiten der Patienten muß ausscheiden, da sie weder wußten,

[1]) Hyg. Rundschau, Febr. 1902, Nr. 3. — [2]) Ther. d. Gegenw., 1903, Nr. 2.

Digitized by Google

daß eine andere Spülflüssigkeit verwendet wurde, noch dieses sehen konnten. Auch meinerseits halte ich diese Ansicht für völlig objektiv. So klagten mir einmal plötzlich sämtliche Patienten an einem Tage über starkes Brennen und meinten wieder, die Lösung müsse „schärfer" sein. Ich versicherte sie aber, daß dies nicht der Fall sei. Als ich jedoch an demselben Nachmittag einen Patienten post coitum prophylaktisch spülte und auch hier über starkes Brennen und Harndrang geklagt wurde, so wunderte ich mich, weil ich das bis dahin von dem Ammoniumpersulfat noch nicht gesehen hatte. Eine Untersuchung der Injektionsflüssigkeit ergab, daß sie aus Albargin 1 : 1000 bestand und die Flüssigkeit von seiten der Bedienung in dem für das Ammoniumpersulfat bestimmten Topf versehentlich angesetzt worden war.

Ein weiterer Vorzug des Ammoniumpersulfats beruht in der oxydativen Zerstörung der Toxine, die ich tierexperimentell für das Diphtherie- und Tetanotoxin nachweisen konnte[1]). Alle bis jetzt untersuchten Toxine lassen sich durch Oxydationsmittel entgiften. Bis jetzt stand stets die Vernichtung der Infektionserreger bei der Gonorrhoe im Vordergrunde der Therapie.

Ich halte aber für ebenso wichtig die Vernichtung des Gonotoxins, dessen Gegenwart und Toxizität einwandfrei von Wassermann nachgewiesen wurde und von Nikolaysen und Christmas bestätigt wurde. Das Gonotoxin verursacht in erster Linie die eitrige Sekretion bei der Gonorrhoe, wie dies Kraus und Grosz, Schäffer, Scholtz und de Christmas experimentell beweisen konnten[2]). Nach Injektionen des Giftstoffes in die Urethra trat nach 6—12 Stunden eine eitrige Sekretion auf, die nach 24—48 Stunden verschwand. Wenn wir weiter sehen, welche Schädigungen gerade das Gonotoxin bei der chronischen Gonorrhoe verursacht, so müssen wir auf eine Vernichtung der toxischen Produkte ebenfalls hinstreben, erklärt doch Wassermann das auffällige numerische Mißverhältnis von Gonokokken bei der chronischen Gonorrhoe zu der Ausdehnung und Intensität des pathologischen Prozesses durch die Eigenschaft des Gonotoxins. „Denn die abgestorbenen und zerfallenen Gonokokkenleiber sind pathogen, entzündungserregend und gerade diese Zerfallsprodukte stellen das spezifische Gonotoxin dar[3])."

Die Silberpräparate haben auf die Entgiftung der Toxine keinen Einfluß. So konnte ich das Tetanotoxin weder durch Albargin, noch durch kolloidales Silber, aus Albargin und Salvarsan hergestellt, noch durch Salvarsan allein entgiften. Reduktionsmittel scheinen auf die Ent-

[1]) D. m. W., 1915, Nr. 10. — [2]) Zit. nach Koch, Handbuch der pathog. Mikroorganismen von Kolle-Wassermann. — [3]) Zit. nach Joseph, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.

Digitized by Google

giftung der Toxine überhaupt keinen Einfluß zu haben. Wenigstens gelang es mir nicht, mit dem Salvarsan, doch wohl unserem stärksten Reduktionsmittel, noch mit der in der Photographie unter dem Namen Eikonogen bekannten ungiftigen Amidonaphtholmonosulfosäure Tetanotoxin zu entgiften[1]). Von den Silberpräparaten ist lediglich dem Argentum nitricum ein gewisser Einfluß auf die Toxine zuzusprechen, da bei seiner Umsetzung im Gewebe freie Salpetersäure auftritt, wie Unna[2]) nachgewiesen hat und deren oxydierende Eigenschaften bekannt sind. Durch den Säurecharakter dieser entgiftenden Komponente treten aber uns unerwünschte Nebenwirkungen ein.

Das beste Antigonorrhoicum wird daher dasjenige sein, das neben großer desinfizierender Kraft oxydierende Eigenschaften besitzt. Beim Silbernitrat ist die erste Forderung hinreichend erfüllt, bei dem Ammoniumpersulfat umgekehrt steht die zweite im Vordergrund. Wir können aber ohne weiteres mit dem Ammoniumpersulfat beiden Forderungen gerecht werden, wenn wir der 1%igen Lösung auf das Liter 10 ccm einer 1%igen Jodkaliumlösung = 0,1 g zusetzen. Hierdurch spaltet sich langsam naszierendes Jod ab, wodurch die Desinfektionskraft der Flüssigkeit erheblich erhöht wird, wie Versuche in meiner ersten Arbeit zeigen. Die etwas freies Jod enthaltende Injektionsflüssigkeit erscheint nach dem Entleeren wieder jodfrei, da dieses in der Harnröhre gebunden wird. Das Ammoniumpersulfat ist aber nachgewiesenermaßen in der Lage, aus diesen Jodverbindungen wieder Jod in Freiheit zu setzen, wobei die chemischen Prozesse so verlaufen, daß intermediär freies Jod auftritt, das sich bei Gegenwart von oxydierenden Substanzen und Gegenwart von $CH_3CO.C\ldots$, $CH_3.CH(OH)C\ldots$ Gruppen führenden Substanzen zu Jodoform umsetzt[3]). Auf den Beweis der Synthese von geringen Mengen Jodoform in der Blase bei interner Jodkaliumdarreichung und urethraler Ammoniumpersulfatapplikation, wie ich beobachten konnte, darf ich des Umfanges wegen erst in einer weiteren Arbeit zurückkommen. Durch diese Jodregeneration[4]) unterscheidet sich eine Jodkalium-Ammoniumpersulfatinjektion wesentlich etwa von einer Injektion mit einer verdünnten Jodjodkaliumlösung. Dazu wäre die große Tiefenwirkung des Jods

[1]) Hierbei ist zu beachten, daß freie Säuren zu entgiften vermögen. — [2]) Derm. Woch., 1915, Nr. 1. — [3]) Diese Beobachtung wurde zuerst von Lieben bei chemischen Untersuchungen gemacht. Auch die Wirkung des Jods bei der Lues erkläre ich mir durch Oxydation des Jodkaliums, wobei intermediär freies Jod auftritt, das sich alsdann in naszierendem Zustand sofort mit Substanzen, die oben genannte chemische Gruppen tragen und überall im Körper vorhanden sind, zu Spuren Jodoform umsetzt. Diese Synthese dürfte sich voraussichtlich hauptsächlich in den Zellkernen vollziehen, deren hohen Sauerstoffreichtum Unna nachgewiesen hat. — [4]) Auf dieser Fähigkeit beruht die Jodprobe vermittels Ammoniumpersulfats. D. m. W., 1915, Nr. 7.

Digitized by Google

und die hohen entwicklungshemmenden und desinfizierenden Eigenschaften der Jodeiweißverbindungen zu berücksichtigen, die ich erst kürzlich experimentell nachweisen konnte[1]).

Da sich Jodkalium und Ammoniumpersulfat nur allmählich umsetzen, so mußte sich die bakteriologische Prüfung auf zwei Untersuchungen erstrecken. Einmal mußte der Einfluß der 1 %igen Ammoniumpersulfatlösung geprüft werden, der eben erst die betreffende Menge Jodkalium zugesetzt wurde, des weiteren die Desinfektionskraft der Lösung, die bereits längere Zeit stand. In dieser Lösung, die völlig klar und von leicht gelblicher Farbe ist, ist die Umsetzung bereits beendet. Eine Gonokokkenreinkultur, in einem Aszitesagarröhrchen gewachsen, wurde mit 10 ccm 37° warmer physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt. Davon wurden je 2 Tropfen = ca. 0,2 ccm Bakterienbelag der Desinfektionsflüssigkeit zugesetzt. Technisch wurde folgendermaßen verfahren. Im ersten Falle wurden 0,25 ccm 1 %ige KJ-Lösung mit 2 Tropfen Gonokokkensuspension geimpft, alsdann zu dieser Mischung 30 ccm 1 %ige Ammoniumpersulfatlösung gebracht. Im zweiten und dritten Fall wurde ebenso verfahren, aber statt 0,25 ccm 0,5 und 1,0 ccm 1 %ige KJ-Lösung verwendet. Die Mischung kam sofort in den Thermostaten und nach ½, 1 und 3 Minuten wurden Abstriche auf frische, körperwarm gehaltene Aszitesagarröhrchen gemacht, die nach dreitägiger Bebrütungszeit folgendes Resultat ergaben.

	½ Min.	1 Min.	3 Min.	5 Min.
30 ccm Ammoniumpersulfat 1 % + 0,25 ccm 1 % KJ = 0,05 g KJ auf das Liter . .	++	+	— — —	— — —
Wie oben aber + 0,5 ccm 1 % KJ . . .	++	++	— — —	— — —
Wie oben aber + 1,0 ccm 1 % KJ . . .	++	+	— — —	— — —
Kontrolle	+++	+++	+++	+++

Es war noch zu untersuchen, wann bei den verschiedenen, eben frisch hergestellten Verdünnungen von Ammoniumpersulfat und Jodkalium die Jodstärkereaktion auftrat. Es wurden jemals zu der Jodkaliumlösung 2 Tropfen Bakterienaufschwemmung gegeben, etwas Stärkekleister und dann das Ammoniumpersulfat.

	Jodreaktion positiv nach		
30 ccm Ammoniumpersulfat 1 % + 0,25 ccm KJ 1 %			40 Sek.
Wie oben + 0,5 ccm KJ 1 %		5 Sek.	
Wie oben + 1,0 ccm KJ 1 %	1 Sek.		

[1]) D. m. W., 1915, Nr. 23.

Digitized by Google

Außerdem wurde die Desinfektionskraft der Ammoniumpersulfat-Jodkaliumlösungen bestimmt, die bereits seit 48 Stunden gemischt waren. Es wurden jemals zu 2 Tropfen Gonokokkenaufschwemmung 30 ccm Desinfektionsflüssigkeit gebracht.

48 Stunden alte Mischungen	1/2 Min.	1 Min.	3 Min.	5 Min.
30 ccm einer Mischung aus 1 Liter 1 %iger Ammoniumpersulfatlösung + 5 ccm 1 %iger KJ-Lösung = 0,05 g KJ	— — —	— — —	— — —	— — —
Wie oben + 10 ccm KJ-Lösung = 0,1 g KJ	— — —	— — —	— — —	— — —
Wie oben + 20 ccm KJ-Lösung = 0,2 g KJ	— — —	— — —	— — —	— — —

Aus diesen bakteriologischen Versuchen geht hervor, daß eine eben aus Ammoniumpersulfat und Jodkalium hergestellte Mischung nach 3 Minuten die Gonokokken mit Sicherheit abtötet. Dabei ist es gleichgültig, ob man dem Liter 0,05 g Jodkalium zusetzt, was einer Jodkaliumkonzentration von 1 : 20000 entspricht oder ob man 0,1 g (1 : 10000) oder 0,2 (1 : 5000) zusetzt. Das entstehende Jod reicht in jedem Fall zur Desinfektion aus. Allerdings sind 3 Minuten erforderlich, bis die genügende Jodmenge frei gemacht ist. Lösungen, die 48 Stunden alt waren, mußten ja ohnehin sofort desinfizieren, wenn die frisch hergestellte Mischung dies ebenfalls schon nach 3 Minuten vollbringt, was der Fall ist.

Die Ammoniumpersulfat-Jodkaliumlösung vereinigt alsdann hohe bakterizide Kraft mit hohen toxinzerstörenden Eigenschaften und hoher Tiefenwirkung[1]).

Es wurde am Schluß noch die Desinfektionskraft der Ammoniumpersulfat-Jodkaliumlösung auf den Staphylococcus pyogenes aureus geprüft. Die Anführung der Tabelle kann ich mir wohl ersparen, da sich beidemal die Resultate mit denen bei dem Gonokokkus angegebenen völlig decken.

Der Versuch, die Zeit der Desinfektion des Ammoniumpersulfats abzukürzen durch katalytische Beschleunigung der Oxydationsprozesse vermittels einiger Tropfen 1 %iger $CuSO_4$-Lösung war bakteriologisch ohne Erfolg.

Ob ein Abweichen von der bisherigen Therapie noch bessere Erfolge zeitigt, indem man zu Hause statt der 3 resp. 5 %igen Ammoniumpersulfatlösung die sofort desinfizierende Lösung (Rp. Ammon. persulfat 2,0, Kal. jod. 0,02—0,04, Aquae 200,0) injizieren läßt, muß durch weitere

[1]) Auch das freie Jod wirkt toxinzerstörend durch seine Fähigkeit bei Gegenwart von Wasser zu oxydieren.

Digitized by Google

klinische Untersuchungen festgestellt werden. Zu Spülungen ist die Lösung ungeeignet, da sie Harndrängen verursacht, wovon ich mich selbst überzeugt habe.

Zusammenfassung.

Die 1 %ige Ammoniumpersulfatlösung erwies sich nicht immer als genügend wirksam. Die Resultate mit der 3 %igen Lösung sind sehr gute zu nennen. Die Gonokokken werden mit Sicherheit durch die Ammoniumpersulfatlösungen vernichtet, wie aus dem bakteriologischen Versuch ersichtlich ist. Die absolute Reizlosigkeit ist ein hoher Vorzug des Ammoniumpersulfats. Die Silberpräparate bewirken die Desinfektion zwar rascher, haben aber keine Gonotoxin zerstörenden Eigenschaften, auf dessen Vernichtung bisher zu wenig geachtet wurde, trotz der großen pathologischen Veränderungen, die es bewirkt. Eine Injektionsflüssigkeit aus Ammoniumpersulfat und Jodkalium hat hohe Vorzüge in chemischer und bakteriologischer Hinsicht, bedarf aber noch ausführlicher der klinischen Prüfung.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Januar 1915.

1. Akne urticata und andere Formen „neurotischer Exkoriationen, von H. G. Adamson. Die Arbeit versucht die Klassifizierung verschiedener Dermatosen, deren Hauptcharakteristikum in Exkoriationen und Erosionen besteht, die durch Kratzen hervorgebracht werden. Der Verfasssr faßt sie unter der Bezeichnung „neurotische Exkoriationen" zusammen. Dazu gehören einerseits die von Hysterischen absichtlich hervorgebrachten Läsionen, bestehend in großen ovalen Exkoriationen. Andererseits kleine Exkoriationen, die sich entweder bei neurotischen Individuen in Verbindung mit heftigem Jucken, oder bei jungen Mädchen mit bestehender oder vermuteter Gesichtsakne finden. Erstere Form entspricht Kaposis Akne urticata, letztere Brocqs „Acné excoriée des jeunes filles". Die Akne urticata erscheint im Gesicht, früher oder später aber überall am Körper. Die Exkoriationen sind von Papeln begleitet, deren pathogenetische Rolle noch strittig ist. Die einen betrachten sie als die primäre Läsion, als eine Form von chronischer Urtikaria, und die Erosionen als Effekt von Nekrose; die anderen dagegen sehen in den Knötchen und Erosionen nur den Effekt des Kratzens.

Bei der Brocqschen Acné excoriée sitzen die kleinen Erosionen meist nur im Gesicht; sie haben ihre ursprüngliche Entstehung in dem Bestreben, häßliche „Blüten" zu beseitigen. Später wird das Kratzen und Quetschen zu einer schlechten Gewohnheit.

Die Therapie dieser Erkrankungen besteht hauptsächlich in der Verhinderung des Kratzens: Schutz der insultierten Stellen, Anwendung von Antipruriginosis, Ablenkung der Aufmerksamkeit der Kranken usw.

2. Beobachtungen über Molluscum contagiosum, von J. M. H. Macleod. Verf. berichtet, daß er im vergangenen Jahre etwa 4 %o von Molluscum contagiosum sah,

Digitized by Google

während dessen Häufigkeit früher nur etwa 2‰ betrug. Unter diesen Fällen war ein Mann, der wegen einer beim Gehen schmerzhaften Affektion der Oberschenkel in Behandlung kam. Die Haut war rot, nässend, stellenweise grau, mazeriert; die Affektion sah wie eine oberflächliche septische Dermatitis aus. Erst bei näherem Zusehen bemerkte man, daß sie aus der Zusammenhäufung von Mollusken bestand, die an der Oberfläche schlapp, mit mazeriertem Epithel bedeckt waren, aber die charakteristische Depression zeigten und Molluskumkörperchen entleerten. Am Skrotum fanden sich einige seit mehreren Jahren bestehende, teilweise gestielte Effloreszenzen; vielleicht ist von einem dieser die Aussaat auf die Beine erfolgt.

Februar 1915.

1. Erfrierung, von E. G. Fearnsides. Die zahlreichen im Kriege vorkommenden Fälle von Erfrierungen veranlassen den Verfasser, dieses Thema in einer zusammenfassenden Arbeit zu behandeln. Diese eignet sich nicht zu kurzem Referate, und es müssen die Einzelheiten im Original nachgelesen werden. Verfasser bespricht zunächst die Wirkung der Kälte auf die Gewebe und die Faktoren, die hierbei eine Rolle spielen; das sind Kältegrad, Dauer der Einwirkung, Zuführung von Wärme durch die Umgebung, Wind, Feuchtigkeit, Allgemeinzustand des Erkrankten. Dann folgen die Allgemeinfolgen durch Kältewirkung und die lokalen Effekte der Störung der Blutzirkulation. Objektiv wurden beobachtet: Kongestionen, Frostbeulen, Ödem, Blasen, Hämorrhagien, Pigmentierung, Desquamation, Gangrän, ferner Steifigkeit der Sehnen. Gelenke, Sehnenscheiden, Nervenstämme, Reflexe waren außer in Fällen von ausgedehnter Gangrän nicht alteriert. Bei der Besprechung der subjektiven Phänomene weist Verfasser darauf hin, daß manchmal schwere und objektive Veränderungen nur geringe subjektive Erscheinungen auslösten, während in anderen Fällen nur geringe objektive Symptome mit vielen subjektiven Beschwerden: Hyperästhesie, Hypästhesie, Anästhesie, Neurosen, verbunden waren. Kurz wird dann Prognose, Behandlung und Prophylaxe besprochen.

2. Lymphadenom mit Hautläsionen, von W. Knowsley Sibley. Der 16jährige Kranke kam wegen Fieber, allgemeiner Schwäche, Heiserkeit und Husten zur Behandlung. Die oberflächlichen Lymphdrüsen, besonders die Leisten-, Achsel- und Halsdrüsen, waren geschwollen. Fast auf dem ganzen Körper bestand ein Exanthem aus runden oder ovalen, erhabenen, derben, tumorähnlichen Knötchen. Ihre Farbe war rosa bis rot, teilweise durchscheinend, gelbrötlich, wachsartig. Das Exanthem verschonte die Sternal- und Interskapulargegend, den behaarten Kopf und die Wangen. Am reichlichsten stand es im Nacken, wo die Haut verdickt, infiltriert, in Falten gelegt war. Die Arme und Handrücken waren dicht mit Papeln besät, die Haut infiltriert. Skrotum und Penis waren ebenfalls stark befallen. Auf dem Vorderkopfe, den Augenlidern, Ohren, Nase, Mundwinkeln und Kinn zahlreiche, etwas blassere Knötchen. Handteller und Fußsohlen waren verdickt.

In der folgenden Zeit vermehrte sich das Exanthem und ergriff auch die bisher verschonten Stellen. Die tumorartigen Gebilde im Nacken waren zu Apfelsinengröße herangewachsen. Die Haut des ganzen Körpers mehr verdickt. Leber und Milz waren palpabel, die Blutuntersuchung, die vorher normale Verhältnisse ergeben hatte, zeigte nunmehr starke Eosinophilie. Im Harn eine Spur Eiweiß; ausgesprochene Anämie.

Der Kranke wurde in der Royal Society vorgestellt, und es wurden in deren Auftrag verschiedene Untersuchungen vorgenommen. Whitfield stützte sich auf die histologische Untersuchung einer Lymphdrüse bei der Annahme, daß ein Lymphadenom vorliege. Mc Donagh kam auf Grund der mikroskopischen Untersuchung der Haut und der Drüse zu der Ansicht, daß Hautleukämie vorliege. Die von Topley vorgenommene

Digitized by Google

Blutuntersuchung ergab starke Eosinophilie, keinen Anhaltspunkt für Leukämie. Die Versammlung einigte sich schließlich auf die Diagnose Lymphadenom.

Der Kranke wurde mit Röntgenstrahlen und mit Arsen innerlich behandelt. Die Affektion wurde beträchtlich gebessert; die Knötchen wurden flacher, die Tumoren im Nacken schwanden, und die geschwollenen Lymphdrüsen wurden kleiner.

März 1915.

1. **Morphaea guttata,** von J. L. Bunch. Das 11jährige Mädchen hatte an den Schultern, am Rücken, auf der Brust und am Darmbein zwölf typische Flecke von Morphoea guttata, die innerhalb von zwei Monaten aufgetreten waren. In der Folgezeit erschienen noch einige Flecke. Diese sind induriert, porzellanweiß, teilweise etwas unter das Hautniveau gesunken; die frischen haben einen rötlichen oder blaurötlichen Hof. Die Herde liegen unsymmetrisch verstreut, konfluieren nicht, selbst wenn sie dicht beieinander stehen; sie sind von verschiedener Größe. Das Neuauftreten eines Herdes ist von leichtem Jucken begleitet, das sofort aufhört, wenn jener deutlich in Erscheinung getreten ist; infolgedessen kann das Kind das Erscheinen eines neuen Fleckes vorhersagen. Keiner der Herde zeigt regressive Erscheinungen.

Verfasser bespricht dann die verschiedenen publizierten Fälle und deren histologische Befunde. Diese differieren gewaltig untereinander, was wohl auf die verschiedenen zur Untersuchung gelangten Stadien zurückzuführen ist. Die meist gefundenen Veränderungen sind im Epithel zu sehen, die Hornschicht verdickt, das Rete verdünnt, die Papillen dadurch teilweise oder ganz geschwunden. Im Korium ist das Bindegewebe hypertrophisch oder degeneriert, die Gefäße verengt oder erweitert, die elastischen Fasern vermindert oder normal. Die histologischen Befunde genügen nicht zur Stellung der Diagnose. Mit dem Namen „Weißfleckenkrankheit" wird nach Verfassers Ansicht viel Mißbrauch getrieben; er ist nur für Morphoea guttata zu reservieren.

2. **Trichotillomanie mit anderen artifiziellen Läsionen,** von George Pernet.

1. Eine 20jährige Frau mit Haarverlust: die Haare waren abgebrochen, unregelmäßig wachsend. Am Unterkiefer waren wiederholt nekrotische Knochenstücke extrahiert worden, für die sich keine Ursache fand. Beide Affektionen wurden als artefiziell erkannt. Heilung durch Suggestion und Valeriana.

2. Eine 22jährige Frau hat seit zwei Jahren ab und zu im Gesicht und auf der Brust viereckige, streifige, längliche Läsionen, offenbar durch eine Flüssigkeit hervorgebracht. Das Haar geht seit einem Jahre fleckweise aus; auch hier wurde der Haarverlust als mechanisch erkannt. Die Patientin hat Anästhesie im Pharynx, am rechten Zungenrand, aber keine Schmerzpunkte. Sie soll einmal einen Anfall gehabt haben, der wahrscheinlich hysterischer Natur war. R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die auf Hauteiterungen folgenden renalen und perirenalen Eiterungen, von P. N. Martelli-Grosseto. (Gazz. internaz. di M. e Chir., 1914, Nr. 34—35.) Die Eiterungen der Niere und der Nierenumgebung infolge von Eiterungen der Haut kommen häufiger vor, als man gewöhnlich glaubt. Verfasser beschreibt zwölf Fälle.

K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Zylinder und Zylindroide, von C. Posner. (B. kl. W., 1913, Nr. 44.) Zwischen den echten, hyalinen Zylindern und den zuerst von Thomas beschriebenen Zylindroiden bestehen nur quantitative Unterschiede, auch letztere sind eiweißartiger Natur und bei der Diagnose einer Nephritis wohl zu berücksichtigen; sie lassen sich ihrerseits aus den fädigen Massen der Nubekula herleiten. Zum Studium dieser Gebilde, namentlich der Übergangsformen, ist die Dunkelfeldbeleuchtung in erster Linie zu empfehlen. Außer den albuminösen Zylindroiden kommen auch mukoidhaltige Formen vor, die aus den Drüsen der Harnwege und ihrer Anhangsorgane stammen. G. Heymann-Elbing.

Über die Bildung der Harnzylinder, von R. Noiva Santos. (Rev. Ibero-Am. ciencias méd., April 1914.) Die Untersuchungen des Verfassers weisen darauf hin, daß die reinen Epithelzylinder die originären Gebilde sind, aus denen dann die granulösen und hyalinen Zylinder entstehen. Durch Anhäufung saurer Substanzen in den Nieren dürfte es zur Lockerung des Epithels der Tubuli, zu dessen Loslösung und zur Bildung der Epithelzylinder kommen. Das Vorwiegen der einen oder der anderen Zylinderart im Nephritikerharn hängt nicht nur von den physikalisch-chemischen Eigenschaften des Urins ab, sondern auch von der Zeitdauer, während der die Zylinder in den Harnwegen liegen. R. Frühwald-Leipzig.

Zur mikroskopischen Prüfung auf Harnzylinder, von Kühl. (Pharm. Zhalle., 1913, Nr. 48.) Angabe der Untersuchungsmethoden und Beschreibung der verschieden aussehenden Harnzylinder. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die volumetrische quantitative Harnstoffbestimmung, von Jolles-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 41.) Er empfiehlt die volumetrische N-Bestimmung in Harnstofflösungen derart durchzuführen, daß man von 2—3% Harnstofflösungen 2,5 ccm, bei verdünnteren Lösungen 5 ccm verwendet, diese mit 5 ccm einer 20%igen Ferrizyankaliumlösung versetzt und die Zersetzung mit 20 ccm einer Bromlauge durchführt, die pro Liter 400 g NaOH und 100 g Brom enthält. Diese Methode kann mit Vorteil bei exakten Stoffwechseluntersuchungen angewendet werden.

B. Junghanns-Dresden.

Eine einfache, für die Praxis geeignete Methode zur quantitativen Bestimmung des Harnstoffs im Urin, von Hahn und Saphra-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Die hier mitgeteilten, zum kurzen Referat ungeeigneten Untersuchungen zeigen, daß das von dem Verfasser ausgearbeitete Verfahren gestattet, mit den geringsten und einfachsten Mitteln in zuverlässiger und schneller Weise eine quantitative Harnstoffbestimmung herzustellen. Die Harnstoffbestimmung erfolgt mittels eines Ferments und geschieht nach einem zuerst von E. K. Marschall jr. angegebenen und von den Verfassern abgeänderten Prinzip, wobei als Ferment eine von Takeuchi in der Sojabohne entdeckte Urease benutzt wird. Haller-Dresden.

Über den Nachweis von Jod im Urin, von R. Ehrmann. (B. kl. W., 1913, Nr. 30.) Im Reagenzglas werden zu etwa 2 ccm Urin etwa 0.5—1,0 ccm Salzsäure und dann etwa 0,5 ccm von käuflichem (3%) Wasserstoffsuperoxyd oder, wenn dieses nicht vorhanden, etwa 0,5 ccm gebräuchliche Eisenchloridlösung zugegossen. Alsdann wird das frei gewordene Jod durch Zufügung von 1 ccm Toluol oder 1 ccm Chloroform mittels Schüttelns aufgenommen. Im ersten Fall bildet sich über der Flüssigkeit eine rote Toluolschicht, im letzteren unter der Flüssigkeit eine etwas tiefer rote Chloroformschicht.

G. Heymann-Elbing.

Die Bedeutung und Wichtigkeit der Albuminurie bei Tuberkulösen, von D'Onghia-Neapel. (Beitr. z. Klin. d. Tbk., 1914, Bd. 29, H. 3.) Im Verlaufe der Lungentuberkulose findet man sehr häufig und fast beständig im Urin Eiweiß. Die Albuminurie zeigt bedeutende Erhöhungen während der Digestionsperioden, nach Strapazen,

Digitized by Google

während Fieberanfällen usw. Dann können auch miliäre Elemente im Sedimente vorkommen (Zylinder usw.). Die einfache Albuminurie ist als Symptom eines prämonitorischen Zustandes der Nierenentzündung zu betrachten. Die beschränkte Widerstandskraft der Tuberkulösen verhindert, daß sich bei diesen Kranken die klassischen urinären und kardivaskulären Syndrome der interstitiellen chronischen Nephritis vorfinden, weil bei der ersten Schwierigkeit der Zirkulation nach einem erfolglosen Versuch das Herz versagt und Hyposystolie schnell das Krankheitsbild beherrscht.

B. Junghanns-Dresden.

Orthostatisch-lordotische Albuminurie und Tuberkulose, von N. v. Jagic-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 39.) Die Lordose ist nicht als ätiologischer Faktor, sondern als ein unter bestimmten Bedingungen zur Albuminurie führendes, dieselbe auslösendes Moment aufzufassen, so daß die künstliche Lordosierung als eine Art Funktionsprüfung der Nieren erscheint, da nicht nur in einer großen Zahl von Fällen von Lungentuberkulose orthostatische Albuminurie nachgewiesen worden ist, sondern auch bei anscheinend gesunden Patienten mit orthostatischer Albuminurie eine Tuberkulose bei der Sektion gefunden wurde. (Verfasser beschreibt einen solchen Fall, bei dem die genaue histologische Untersuchung ganz einzelne miliare Tuberkel in den Nieren feststellte.) Verfasser möchte die Tuberkulose für einen der eventuell in Frage kommenden ätiologischen Faktoren halten; er möchte sogar durch Kombination der künstlichen Lordose mit dem Ureterenkatheterismus einseitige lordotische Albuminurie für die Diagnose der einseitigen Nierentuberkulose verwerten. W. Lehmann-Stettin.

Die Ätiologie der orthotischen Albuminurie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Tuberkulose, von Friedrich Wendenburg-M.-Gladbach. (Arch. f. Kindhlk., 1913, Bd. 62, H. 1/2.) Unter Voraussetzung einer Wechselwirkung zwischen mechanischen und den sicheren vasomotorischen Einflüssen glaubt der Verfasser an eine reine Form der orthostatischen Albuminurie, bei der die Korrelation der Nierenlage des wachsenden Individuums eine Nierenrinden-Glomerulusschädigung veranlaßt. Chronischen Infektionseinflüssen ist eine solche Niere sicher zugänglicher und ist für die Entstehung chronischer Nephritis also disponiert. Ein infektiöses Moment, das sich dauernd und mit zugleich wechselnder Intensität bei den einzelnen ausprägt, ist die chronische Pharyngitis mit ihren skrofulösen Folgeerscheinungen und die chronische Tonsillitis. Was die Beziehungen zur Tuberkulose betrifft ist darauf hinzuweisen, daß bei einer chondroiturischen Nierenschädigung bakterielle Wirkung eine bedeutendere Rolle als die toxisch infektiöse. W. Chrzelitzer-Posen.

Beobachtungen über die Auslösung transitorischer Albuminurie beim Menschen, von A. Schiff. W. kl. W., 1914, Nr. 22.) Unter 230 Patienten fanden sich 31, bei welchen nach einer Magenausheberung der vorher völlig normale Urin einen Befund ergab, indem es in 10 Fällen zur Ausscheidung des Essigsäurekörpers und in 21 zu einer solchen von Albumen kam. Die Eiweißmenge betrug 1—2‰. Alle Individuen standen jenseits der Vierzigerjahre. Bemerkenswert ist das Experiment, daß die transitorische Albuminurie durch eine Lordosierung wesentlich gesteigert werden konnte. H. Vörner-Leipzig.

Einige Beobachtungen bei Hellers Albuminprobe, von Carl Cronquist-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, H. 1—4, Nr. 13.) Man beobachtet häufig bei der Untersuchung auf Eiweiß im Urin mit Hellers Probe etwas oberhalb der Kontaktfläche einen Ring, ohne daß an letzterer Stelle eine Reaktion sichtbar zu werden braucht. Das Vorkommen dieses „Nukleoalbuminringes" soll nach Mörner nicht zu einer Schlußfolgerung auf den Zustand der Nieren berechtigen. Verfasser hat bei Quecksilberinfektionen, die ja bekanntlich häufig einen Nierenreiz veranlassen, diesen Ring sehr

Digitized by Google

oft gesehen und glaubt doch an einen Zusammenhang zwischen dieser Erscheinung und der Behandlung und kommt zu dem Schlusse, daß diese obere Heller-Reaktion auch eine wirkliche Albuminreaktion, und zwar eine genauere als die Kontakterscheinung ist, da sie einen feineren Ausschlag gibt, und demnach auch gelindere Grade von Nierenreizung offenbart, die nicht in der Probe zu Gesicht kommen, so wie diese im allgemeinen beurteilt wird. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein handliches Eiweißreagens, von Teuscher-Münster i. W. (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Verfasser empfiehlt die Mitführung der Sulfosalizylsäure im Felde und auch für den prakt. Arzt in Tablettenform zu 0,5. Da die Sulfosalizylsäure leicht wasserlöslich ist, wird durch Auflösen einer Tablette in 2,5 ccm Wasser eine 20%ige Sulfosalizylsäurelösung hergestellt, die dann dem Urin tropfenweise zugefügt wird.

Haller-Dresden.

Kleine Beiträge zur Methodik der Harnuntersuchung. Eine empfindliche Probe zum Nachweis von Albumin im Harn, von Otto Mayer-München. (Pharm. Zhalle., 1913, Nr. 47.) Muzinprobe: als Reagens eine Mischung von 100 ccm Essigsäure und 400 ccm Wasser. Man versetzt 5 ccm Harn mit 5 ccm Reagens; nur bei Gegenwart von muzinähnlicher Substanz entsteht eine Trübung. Eiweißprobe: Reagens: eine Lösung von je 4 g Sublimat und Kochsalz, 8 g Zitronensäure in 250 ccm Essig: Harn mit dem gleichen Raumteil Reagens. Eine Abänderung der Mengenverhältnisse, 5 g Sublimat, 5 g Zitronensäure und 40 g Kochsalz in 500 g Wasser eignet sich zur schnellen Bestimmung größter wie kleinster Eiweißmengen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Bakteriurie, von Arthur Biedl-Prag. (Prag. m. W., 1914, Nr. 48.) Verfasser gelangt in seinem dem III. Internationalen Urologenkongreß erstatteten Referat zu folgenden Schlußsätzen: die Bakteriurie entsteht in der Mehrzahl der Fälle durch eine Einwanderung von Keimen aus der Urethra in die Blase, bei Frauen leichter als bei Männern; bei letzteren hauptsächlich instrumentell und sekundär aus Bakterienherden in den Anhangsorganen der männlichen Harnröhre. Eine andere, allerdings viel seltener vorkommende Genese der Bakteriurie ist die intestinale, die Einwanderung von Keimen aus der normalen oder pathologischen Darmflora auf dem kurzen Wege, vielleicht auch durch kommunizierende Lymphbahnen in die Blase. Störungen der Darmtätigkeit, sowie Harnstauung begünstigen diesen Entstehungsmodus. Am seltensten wird eine Bakturiurie durch Keime bedingt, welche aus zirkumskripten Bakterienherden in entfernten Organen in die Blutbahn einbrechen, oder von vornherein im Blut zirkulieren und dann durch die Niere zur Ausscheidung gebracht werden, wenn auch als feststehend angesehen werden kann, daß im Blute zirkulierende Mikroorganismen ohne nachweisbare Gewebsläsionen der Niere durch den Harn eliminiert werden können. Diese renale Form der Bakteriurie ist nur insofern von praktischer Bedeutung, als sie eine sekundäre Infektion der Harnwege ermöglicht. E. Klemm-Leipzig.

Besondere morphologische Gebilde bei einem polymorphen fadenförmigen Keim in einem Fall von renovesikaler Bakteriurie, von J. Scalone-Neapel. (Pathologica, 1914, Nr. 143.) Bei einem jungen Mädchen, das über nach dem Harnleiter und der Harnblase sich ausstrahlende Schmerzen in der linken Nierengegend klagte, fand man in dem stets stark trüben, oft bluthaltigen Harn neben zerfallenen Blutkörperchen reichliche Mengen eines besonderen fadenförmigen Keimes. Dieser war so reichlich vorhanden, daß er in einem gewöhnlichen Harntropfen, ohne Zentrifugation, nachweisbar war. Er ließ sich durch alle Anilinfarben tingieren, und war auch unter geringer Vergrößerung leicht zu sehen. Dieser Keim kann im Harn eine ausschließlich filamentöse Form annehmen; auf allen künstlichen Nährsubstraten und bei Versuchstieren nimmt er hingegen die Form von Kokken oder von ganz kurzen Stäbchen an.

Digitized by Google

Unter der filamentösen Form weist er besondere rundliche, eiförmige oder spindelförmige Gebilde auf, die wahrscheinlich mit einem besonderen Reproduktionszyklus zusammenhängen. K. Rühl-Turin.

Über die Kalkariurie der Kinder. (Morgagni, 25. Februar 1915.) Die Kalkariurie (früher Phosphaturie genannt) ist der Ausdruck einer Stoffwechselstörung und einer Anomalie der äußeren oder inneren Sekretion, die durch Alterationen des Nervensystems bedingt sind. Anführung zweier Fälle. R. Frühwald-Leipzig.

Über Chylurie, mit Zugrundelegung eines Falles, von Heinrich-Osterode. (Militärarzt, Mai 1914, 48. Jahrgang, Nr. 8.) Verfasser schildert ausführlich den Fall eines Chylurikers. Die Ätiologie ist nicht sichergestellt; während man bei der tropischen Chylurie die Infektion mit Filaria Bankrofti annimmt, ist über die europäische Chylurie nichts bekannt. Therapie machtlos. W. Chrzelitzer-Posen.

Chyluria non parasitaria, von Louis Courty. (Prov. méd., 1914, Nr. 20.) Der Aufsatz enthält nichts Neues, sondern bildet eine zusammenfassende Beschreibung der nichtparasitären Chylurie nach Ätiologie, Pathogenese, klinischen Erscheinungen und Verlauf an der Hand der in der Literatur zur Kenntnis gebrachten Fälle. Natürlich kommt er zu dem Schluß, daß wie die Albuminurie auch die Chylurie nur ein Symptom ist und daß ihre Prognose wie ihre Therapie von dem Charakter des Grundleidens abhängig ist. E. Klemm-Leipzig.

Über Zystinurie, von K. Fromherz. (B. kl. W., 1913, Nr. 35.) Das Zystin ist eine Aminosäure und Bestandteil der meisten Eiweißarten, deren schwefelhaltigen Komplex es darstellt. In seltenen Fällen wird Zystin im Harn ausgeschieden, kristallisiert daraus in sechseckigen Täfelchen und neigt zur Bildung von Konkrementen. Es wird im Harn nachgewiesen durch seine Kristallform, ferner durch Reaktionen, die darauf beruhen, daß sein Schwefel sich leicht als reduzierter Schwefel abspaltet und sich mit Metallen zu Sulfiden verbindet. Vom normalen Organismus wird das Zystin so gut wie quantitativ verbrannt, wenn es in Dosen gegeben wird, die die normalerweise zur Verbrennung gelangenden Quanten nicht zu sehr übersteigen. Ein Zystinuriker scheidet nach Niemann und nach Toel täglich etwa 1 g Zystin im Harn aus. Die Verminderung der Verbrennbarkeit des Zystins scheint beim Zystinuriker nur die vornehmlichste Teilerscheinung einer allgemeinen Verminderung der Abbaufähigkeit für die Aminosäuren zu sein. Die Stoffwechselstörung an sich wäre für den Organismus bedeutungslos. Schädigungen des Allgemeinzustandes sind nur durch die Steinbildungen infolge der Schwerlöslichkeit des Zystins bedingt. Die Folgezustände sind Blasensteinleiden, derentwegen die Patienten gewöhnlich erst zum Arzt kommen. Zystinurie tritt mit besonderer Vorliebe familiär auf. Die Therapie muß sich auf die Behandlung und möglichste Verhütung der Folgezustände beschränken. Eine Möglichkeit, die Stoffwechselstörung zu beeinflussen, ist nicht bekannt. G. Heymann-Elbing.

Über Zystinurie und Zystinsteine, von Ludwig Frankenthal-Berlin. (D. Zschr. f. Chir., Oktober 1914.) Die Zystinurie zählt zu den Stoffwechselanomalien, zu den Störungen der intermediären Eiweißabbaues. Über die Ursache ist man sich noch nicht klar. Die Diagnose ist oft leicht, namentlich, wenn sich das charakteristische, kristallinische Sediment mikroskopisch nachweisen läßt. Es sind sechseckige, farblose, glänzende, oft zu Gruppen vereinigte Tafeln, die sich in Ammoniak, sowie in Salzsäure leicht lösen, dagegen nicht in Essigsäure, Wasser, Alkohol und Äther. Das Wesen der Krankheit beruht anscheinend auf einer mangelhaften Verbrennung der schwefelhaltigen Bestandteile der Nahrung. Das wichtigste Symptom der Zystinurie ist die Steinbildung. Die Krankheit ist und wird oft bei mehreren Mitgliedern der Familie beobachtet. Die Prognose ist mit Vorsicht zu stellen. Auch die Behandlung der Zystinurie, abgesehen

Digitized by Google

von der Steinbildung, stößt auf große Schwierigkeiten. Die diesbezüglichen Versuche haben zu keinem endgültigen Ergebnis geführt. W. Chrzelitzer-Posen.

Über alimentäre Galaktosurie bei Morbus Basedowi, von Paul Szél-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 29.) Fälle mit Basedow, welche eine Portion von 30 g Galaktose bekommen hatten, zeigten in 86,9% eine Galaktosurie, welche in 78,1% eine Ausscheidung über 0,4 g erreichte. Diese Zahl fand sich auch bei normalen Menschen, sie stieg bei den an Basedow leidenden oft zu sehr hohen Werten an. Die alimentäre Galaktosurie wurde zusammen mit alimentärer Dextrosurie beobachtet. Bei der Prüfung dieses Verhältnisses ergab sich, daß wohl Galaktosurie für sich allein vorkommt, während umgekehrt kein Fall von Dextrosurie ohne Galaktosurie bemerkt wurde.

H. Vörner-Leipzig.

Diagnostik und Therapie der Hämaturie, von Ernst Portner-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 46.) Für die Diagnose der Hämaturie (Harnröhre, Blase, Prostata, Ureter, Niere), fehlt oft jeder Anhaltspunkt; aber selbst in den Fällen, in denen subjektive Beschwerden einen solchen bieten, ist nach Portners Ansicht sofort zu zystoskopieren und zwar noch während der Blutung, weil nach dem Stehen derselben auch im Zystoskop die Stelle, aus der das Blut stammt, nicht mehr erkennbar sein kann. Nur zwei Ausnahmen von dieser Regel läßt Portner gelten: 1. eine akute blennorrhoische Zystitis, die auch sonst meist diagnostiziert werden kann, bei der aber die Einführung eines Zystoskops schwere Bedenken hat. 2. Prostatahypertrophie, bei welcher der Zustand des Patienten oft bedenklich und die Einführung eines Zystoskops durch die Form der Harnröhre nicht gestattet ist. Die Zystoskopie zeigt nun entweder die Blase erkrankt (Stein, Tumor, Fremdkörper, ulzeröse Zystitis, welche meist nur sekundärer Natur ist), oder bei gesunder Blase kommen Nierenblutungen in Betracht, d. h. sofortiger Ureterenkatheterismus. Auch dieser kann unter Umständen versagen, und die Prüfung der funktionellen Methoden ebenfalls; diese zeigt nur den Ausfall von Nierenparenchym an, der aber oft nicht in Frage kommt. Palpation, Röntgengebild eventuell nach Füllung des Nierenbeckens mit Kollargol, Tierversuch (bei Tuberkuloseverdacht), müssen weiterhelfen; wird die Diagnose auch dann nicht klar, so rät Portner nach spätestens 6—8 Wochen die blutende Niere freizulegen. Die Therapie richtet sich natürlich nach der Art und dem Sitze der Erkrankung. Bei Blutungen der Urethra anter. oder poster. infolge von Blennorrhoespülungen oder Installitionen mit Arg. nitr. Tuberkulöse Zystitis meist sekundär; heilt sie nach Beseitigung der primären Nierentuberkulose nicht, dann Einträuflung von Sublimat, erst 1—10 000 steigend bis 1 : 1000, 20—30 Tropfen. Bei Blutungen aus der Prostata genügt meist das Einlegen eines Dauerkatheters in die Blase für einige Tage, außer wenn es sich um ein Karzinom handelt; dann Sectio alta, Tamponade und später Prostatektomie. Operable Blasentumoren, die stark bluten, werden endovesikal oder durch die Sectio alta entfernt. Profuse Blutungen bei inoperablen Tumoren: zunächst Dauerkatheter von mindestens 21 Charrière, daneben Injektionen von Morphium und 40,0 g 10%iger sterilisierter Gelatinelösung in den Oberschenkel und außerdem viermal täglich 0,1 Styptizin intramuskulär oder dreimal täglich 30 Tropfen Erystyptikum; der durch Blutgerinnsel verstopfte Katheter wird durch ruckweises Einspritzen von 30—40 ccm abgekochten Wassers gereinigt und 100 ccm 1‰ Arg. nitr.-Lösung nachgespült. Geringe Blutungen kommen meist von selbst zum Stehen; ebenso sind Blutungen durch Blasen- oder Ureterensteine meist harmlos. Von den Nierenblutungen sind die durch Steine hervorgerufenen meist harmlos und brauchen nicht behandelt zu werden; nur bei sehr quälenden Beschwerden Operation. Diese ist stets notwendig beim Verdacht auf Tumoren. Die Blutungen bei chronischer Nephritis, die zum Verbluten führen können, machen oft einen operativen

Digitized by Google

Eingriff notwendig, eventuell sogar die Nephrektomie. Bei Nierentuberkulose ist nur durch frühzeitige Nephrektomie Rettung des Patienten zu erhoffen; hier ist die Nierenblutung ähnlich wie die Hämoptöe oft das erste Zeichen einer Nierentuberkulose. Blutungen einer Wanderniere sind meist durch passende Bandagen zu stillen. Blutungen aus einer Hydronephrose können durch plastische Operationen des Nierenbeckens gestillt werden, nur bei großer Zerstörung der Niere ist die Nephrektomie notwendig.

O. Lasch-Breslau.

Zur Frage der einseitigen Hämaturieerkrankung der Kapillaren des Markteils, von E. W. Baum-Kiel. (D. Zschr. f. Chir., 1913, Bd. 125, H. 5/6.) In beiden operierten Fällen zeigen die exstirpierten Nieren in der Rinde nahe der Kapsel einige kleinzellige, zu narbiger Einziehung tendierende Infiltrate, in denen die Glomeruli zum Teil verödet sind. Die Quelle der Blutung lag in beiden Fällen im Mark, wo neben ausgesprochener Lymphstauung schwere degenerative Prozesse an den Kapillaren übergreifend auf die Harnkanälchen mit Zerstörung der Gewebe und schweren Blutungen zu finden sind. Die kapillaren Erweiterungen gehen bis dicht an den Papillenrand des Nierenbeckens, das zum Teil seines Epithelbelages beraubt ist, so daß die Bluträume nur durch die Kapillarwand vom Innern des Nierenbeckens abgeschlossen sind. Die primäre Ursache der Hämaturie war eine Erkrankung der Kapillaren, eine hyaline Degeneration ihrer Wand, bzw. eine Angiombildung. W. Chrzelitzer-Posen.

Klinische Beobachtungen über essentielle Hämaturie, von William F. Braasch-Rochester, Minn. (J. Am. m. Assoc., 20. Sept. 1913.) Die Bezeichnung „essentiell" sollte auf die Fälle von Hämaturie beschränkt bleiben, bei denen weder eine Niereninsuffizienz, noch eine organische Veränderung des Nierenparenchyms, noch eine Infektion der Nieren nachgewiesen werden kann. Die Operationsberichte der Mayo-Klinik in Rochester zeigen bis zum 1. Juni 1913 26 Patienten, die wegen Nierenblutungen, für die keine Ursache gefunden werden konnte, operiert wurden. Die klinischen Berichte handeln über 51 nichtoperierte Patienten, bei denen die Diagnose der essentiellen Hämaturie zweifellos war. Bei der Differentialdiagnose muß sehr häufig in Betracht gezogen werden chronische Nephritis, infektiöse Nephritis, Pyelitis, Neoplasma, Tuberkulose und Lithiasis. Als ätiologisches Moment wird gegenwärtig meist chronische Nephritis angenommen, doch sind sicher noch andere Faktoren verantwortlich zu machen. Bei den 26 operierten Patienten wurde 12 mal die Nephrotomie und 16 mal die Nephrektomie ausgeführt. Bei zwei Nephrotomierten bestand die Hämaturie in solchem Grade weiter, daß die Nephrektomie ausgeführt werden mußte. Die Nephrotomie kann nach den Resultaten nicht als eine zuverlässige Methode betrachtet werden, jedoch waren bei der Nephrektomie die Erfolge hervorragend. Von den 51 nichtoperierten Patienten konnten 44 weiter beobachtet werden. Die Behandlung war verschiedenartig: einfacher Ureterenkatheterismus, Distension des Nierenbeckens mit Lösung von Methylenblau oder kolloidem Silber, Injektionen von Epinephrin in das Nierenbecken, Injektionen von Pferde- und Menschenserum. In den meisten Fällen jedoch traten nach vorübergehenden Erfolgen Rezidive ein. H. Fendt-Wiesbaden.

Über renale Hämaturien, von Hermann Datyner-Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1914, Bd. 104, H. 2.) Die Frage nach der Ätiologie der plötzlichen Nierenblutungen ist trotz langer Erörterung noch nicht geklärt, zumal der anatomische Befund häufig nichts ergeben hat. Außer den allgemeinen Ursachen, wie Tumoren, Steine, wobei auch mikroskopisch kleine Harnsalze, besonders Urate und Oxalate, in Betracht kommen können, ist auch Tuberkulose als die Ursache plötzlicher Blutung aus den Nieren anzuerkennen; Stauungsblutungen mit Verletzung der Gefäße, wobei auch Lebererkrankungen eine Rolle spielen, plötzlich auftretende Ödeme und der Druck, der auf den venösen Ge-

Digitized by Google

fäßen infolge kongestiv entzündlicher Schwellung lastet und viele andere noch nicht eruierte Momente werden von den verschiedenen Autoren als Ursache der Nierenhämaturie angenommen, ohne daß man mit Bestimmtheit die Richtigkeit beweisen kann. Die Blutung kann einseitig und aus beiden Nieren zu gleicher Zeit auftreten. Es kann sich aber auch um toxische Wirkung handeln, indem die Gefäße durch die Toxine, welche die Nephritis hervorgerufen haben, in ihrer Ernährung leiden und für die Blutzellen durchlässig werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Marschhämoglobinurie, von O. Porges und R. Strisower. (D. Arch. f. klin. M., 1914, Bd. 117, H. 1.) 19jähriger kräftiger Mann bekommt nach Gehen von bereits $^1/_4$ Stunde Dauer reichliche Eiweiß- und Hämoglobinausscheidung im Urin bei normalem Allgemeinbefinden und Temperatur. Dauer der Ausscheidung 6 Stunden, dann wieder normaler Harn. Beeinflußt wurde die Hämoglobinurie durch Gehen in Lordosehaltung, deren willkürliche Verstärkung Hämoglobin im Harn meist schon nach kurzdauerndem Marsch (oft 5—10 Minuten) hervorrief. Bei Marsch in willkürlich kyphotischer Stellung, entweder überhaupt nicht Hämoglobinurie oder nur nach andauerndem Gehen. Nach Anlegung eines Gipsmieders in kyphotischer Haltung konnte Patient stundenlang gehen, ohne daß es zu Hämoglobinurie kam. Bezüglich der Pathogenese dieses Zustandes entwickeln Verfasser folgende Hypothese: das Organ, welches direkt die Hämatolyse, die durch die zur Zeit des Anfalles nachgewiesene Schädigung der Erythrozyten festzustellen war, erzeugt und damit auf dem Wege der Hämoglobinämie die Hämoglobinurie verschuldet, ist die Milz. Ein abnormer vasomotorischer Reflex, der durch Gehen in lordosischer Stellung ausgelöst wird (Patient ist Vasomotoriker, zeigte z. B. Dermographismus), beeinflußt die Milzdurchblutung in der Art, daß dieses Organ eine übergroße Menge der (an sich weniger widerstandsfähigen) Erythrozyten einschmilzt, dadurch das Blut mit Hämoglobin überschwemmt, so daß die Toleranz der Leber, die sonst im Milzvenenblut zuströmendes Hämoglobin abfängt, überschritten wird und es zu Hämoglobinämie und Hämoglobinurie kommt. Der weitere Verlauf war der, daß das Leiden unter entsprechendem Verhalten des Patienten nach kurzem Bestand wieder verschwand und ein Jahr später auch durch Lordosestellung nicht wieder provoziert werden konnte. E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von leukämischer Lymphomatose bei paroxysmaler Hämoglobinurie, von Géza Gáli-Budapest. (Zschr. f. klin. M., 1914, Bd. 80, H. 3/4.) Ein Patient, der vor 15 Jahren an paroxysmaler Hämoglobinurie litt, erkrankt an leukämischer Lymphomatose. Verfasser untersucht die Frage, ob zwischen beiden ein kausaler Zusammenhang besteht. Man hat immer angenommen, daß die paroxysmale Hämoglobinurie zu den Infektionskrankheiten gehört, und Verfasser schließt daraus, daß derselbe infektiös-toxische Einfluß die eine wie die andere Krankheit verursacht. W. Chrzelitzer-Posen.

Über eine neue Indikanreaktion, von Jolles-Wien. (Klin. ther. Wschr., 1913, Nr. 41.) 10 ccm Harn werden mit 2 ccm einer 20%igen Bleizuckerlösung versetzt, umgeschüttelt, filtriert. Zum Filtrat setzt man $^1/_2$ ccm einer 10%igen alkoholischen Thymollösung, 10 ccm einer eisenchloridhaltigen Salzsäure (Obermayers Reagens) und 4 ccm Chloroform. Schütteln, bei Anwesenheit von Indikan schön violette Färbung des Chloroforms. Die Reaktion ist ungleich empfindlicher als die alten Methoden.

B. Junghanns-Dresden.

Beitrag zur Bewertung der quantitativen Harnindikanbestimmung, von Desider Natonek-Czernowitz. (Zbl. f. inn. M., 1913, Nr. 45.) Das prozentuelle Verhältnis von verfüttertem Indol zum ausgeschiedenen Indikan war bei den Kaninchen nicht stabil. Nach größeren Dosen kam prozentuell mehr Indikan zum Vorschein als nach kleineren. Nach der zweiten Fütterung war eine starke Zunahme des Harnindikans

Digitized by Google

festzustellen, dann ein Oszillieren um einen mittleren Wert, schließlich wieder ein Ansteigen der Indikanmengen, wobei sich die Ausscheidungsdauer bedeutend verlängert. Wir haben keine Möglichkeit, aus den Indikanwerten des Harns auf die Höhe der Indolbildung im Darm zu schließen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über Phosphaturie, von A. Tanberg-Kristiania. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1915, Nr. 2.) In einer Reihe von sogenannter Phosphaturie tritt eine vermehrte Kalkausscheidung auf. Der Kalk kann teils aus der Nahrung, teils aus Veränderungen, die den Kalkvorrat des Organismus betreffen, herstammen. Die Behandlung muß, wo eine vermehrte Kalkausscheidung vorliegt und der Harn deshalb neutral oder alkalisch ist, eine diätetische sein. Indessen muß die Diät auch eine andere wichtige Indikation erfüllen: sie muß die Azidität des Harns erhöhen. Die Zufuhr von NaCl muß vor allem eingeschränkt werden, weil dies Salz die Löslichkeit und Resorption des Kalks erhöht. Die medikamentelle Behandlung muß hauptsächlich, wie die diätetische, darauf gerichtet sein, die Azidität des Harns zu vermehren, ohne gleichzeitig die Ausfuhr von Kalksalzen durch den Harn zu steigern. Eine Reihe der gewöhnlichen Mittel erfüllen diese Forderungen nicht; die Mineralsäuren werden die Kalkausfuhr steigern; dasselbe kann auch die Milchsäure tun. Das wichtigste Mittel ist und bleibt bis jetzt die Diät.

W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis (Prof. Riehl) in Wien wurde aus Mitteln des k. u. k. Kriegsministeriums und des österr. Roten Kreuzes ein Pavillon mit 20 Wasserbetten zur Behandlung der Phlegmone verwundeter Soldaten angegliedert.

Im Johns Hopkins Hospital in Baltimore wird im September eine auf Kosten von John D. Rockefeller jr. errichtete Klinik für ansteckende Krankheiten mit besonderer Rücksicht auf Syphilis eröffnet.

Zu Ehren der Entdecker des Radium hat in Paris ein Straßenabschnitt den Namen Place de Curie erhalten.

Das Journal d'Urologie, welches bei Kriegsbeginn sein Erscheinen eingestellt hatte, tritt wieder in Tätigkeit.

Die dermatologische Klinik in Lemberg ist einige Tage vor der Wiedereroberung dieser Stadt niedergebrannt.

Prof. Leo v. Zumbusch-München leitet zurzeit ein Feldspital in Olmütz.

Prof. Edvard Ehlers-Kopenhagen ist in dem in einer französischen Stadt nahe dem Kriegsschauplatze gelegenen dänischen Hospitale tätig.

Dr. John Henry Ulrich, Lector für Dermatologie an der Boston University, ist am 26. Februar, 53 Jahre alt, gestorben.

Dr. George H. Stover, Professor der Röntgenologie an der University of Colorado in Boulder, Col., und Dr. Erastus M. Eisenbeiss, Facharzt für Radiotherapie in Indianapolis, Ind., sind infolge Schädigung durch Röntgenstrahlen gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

17. Juli 1915 | Nr. 29 | Band 61

Histologische Untersuchungen an — zum Teil bloß lokal — mit Arsen behandelten Fällen von Lichen ruber planus.

Von

Dr. Menahem Hodara, Konstantinopel.

(Übersetzt von Dr. Philippi, Salzschlirf.)

Das für diese Untersuchungen verwendete Material ist folgendes:

Mein erster Fall war ein Offizier von 28 Jahren, der seit zwei Monaten an einem typischen, universellen Wilsonschen Lichen ruber planus litt. Die Läsionen bestanden aus kleinen, polyedrischen, schimmernden und glänzenden, stellenweise gedellten, teils isolierten, teils konfluierenden Papeln, welche auch die charakteristischen, perlgrauen Wickhamschen Linien aufwiesen. Dieser Patient erhielt zur Behandlung 30 Injektionen von Natrium arsenicosum zu 0,005 g und 60 „asiatische Pillen". Es war als Folge dieser ersten Behandlung an einigen Stellen eine beginnende Abplattung und Involution der Papeln und stellenweise auch eine Hyperpigmentierung zu konstatieren. Ich habe von diesem Falle zwei Stücke exzidiert, an denen man hier und dort noch gut erhaltene, glänzende Papeln sah, während an anderen Stellen sich schon abgeplattete, in der Rückbildung begriffene Papeln, zum Teil mit Hyperpigmentierung, fanden.

Bei den von diesen Stücken angefertigten mikroskopischen Präparaten sah man an den peripheren Teilen der Lichenpapeln eine normale oder leicht hypertrophische Epidermis und am Papillarkörper eine gelinde entzündliche Reaktion, die sich als eine leichte Wucherung der Bindegewebszellen des Papillarkörpers und der perithelialen Zellen der subpapillären Gefäße und des Dermas präsentierte. Man sieht da parallele Reihen dieser abgeplatteten perithelialen Zellen. An der Peripherie der eigentlichen Lichenpapeln ist die Epidermis schon stärker hypertrophiert; die Stachelzellen haben reichlicheres Protoplasma und größere Kerne, und die Zellenreihen sind zahlreicher; die Epithelknospen sind umfangreicher und stärker ausgezogen; die Körnerschicht ist auch umfangreicher geworden und zeigt eine Vermehrung der Körnchenzellenreihen bei gleichzeitiger Vergrößerung derselben, während das Stratum corneum dicker geworden ist und hyperkeratotisch. Am Papillarkörper sieht man durchweg eine stärker akzentuierte entzündliche Reaktion; man konstatiert im Papillarkörper eine Wucherung der Bindegewebszellen und eine noch stärkere Vermehrung der perithelialen Zellen an den subpapillären Ge-

Digitized by Google

fäßen und denen des Dermas. Außerdem besteht da eine beginnende Ansammlung von kleinen Rundzellen um die Wandungen der subpapillären Gefäße herum und an zerstreuten Stellen im Papillarkörper; hier und dort sieht man kleine Lichenpapeln im Anfangsstadium der Entwicklung mit einer reichlichen, ödematösen Epidermis; die Stachelzellen haben große Kerne und reichliches Protoplasma, und es ist Ödem intra- und interzellulär vorhanden — die Kerne sind von ödematösen Hohlräumen umgeben. Das sehr umfangreiche Stratum granulosum besteht aus drei bis vier starken Reihen von Körnchenzellen, welche dicke Körnchen von Keratohyalin enthalten, und das Stratum corneum ist sehr dick und hyperkeratotisch; die Epithelzapfen sind weit ausgezogen, umfangreich und leicht ödematös, die Papillen sehr groß, ödematös und mit kleinen Rundzellen, sowie mit gewucherten, spindelförmigen Bindegewebszellen durchsetzt; dabei überwiegen an Zahl die kleinen Rundzellen. Unterhalb der Papillen und im Derma sind die Gefäße erweitert und von gewucherten, abgeplatteten perithelialen Zellen umgeben, sowie von zahlreicheren kleinen Rundzellen in Form eines perivaskulären Muffes. Die Lymphspalten sind dilatiert. An den größeren, klinisch gut ausgebildeten Lichenpapeln sieht man, falls sie sich noch nicht in der Rückbildung befinden, die gleichen Veränderungen, wie man sie sonst beim Lichen kennt. Die Epidermis ist sehr ödematös, vergrößert und stark affiziert, die Hornschicht sehr dick, hyperkeratotisch, an einigen Stellen in zwei oder drei verhornte Lamellen zerteilt, die zum Teil schon abgelöst sind und sich zu exfolieren begonnen haben. An anderen Stellen sieht man am Stratum corneum auch eingezogene Partien, wie bei einem Handschuhfinger, und auf dem Grunde dieser Einziehungen sieht man Hornperlen in Form von Kugeln, die aus zwei bis drei konzentrischen, randständigen Hornlamellen bestehen. Diese Hornperlen füllen den Grund der genannten Einziehungen in der Hornschicht vollkommen aus; aber an einigen Einziehungen sind sie schon wieder ausgestoßen worden, so daß die Einziehungen leer erscheinen; dieser Befund repräsentiert die eingezogenen Punkte, welche man stellenweise an der verhornten Oberfläche der Lichenpapeln sehen kann. Das Stratum granulosum ist sehr umfangreich mit drei bis sechs Reihen von sehr großen Körnerzellen, welche sehr große Körner von Keratohyalin enthalten. Die Körnchenschicht ist ödematös, und die Stachelzellenschicht ist sehr hypertrophisch und enthält sehr zahlreiche Reihen von Stachelzellen von enormem Umfang und in stark ödematösem Zustand; das Protoplasma ist sehr vermehrt und die Kerne sehr umfangreich. Das Protoplasma ist meistenteils nur schwach färbbar und ödematös. Die Kerne sind auch von Hohlräumen umgeben und ödematös; man erkennt ein inter- und auch ein intrazelluläres Ödem. Die Inter-

Digitized by Google

zellularspalten sind sehr dilatiert und bilden unregelmäßig erweiterte Kanäle; an einigen Stellen, namentlich in den unteren Schichten, sieht man besonders stark degenerierte Zellen; das Protoplasma und die Kerne erscheinen bei einzelnen Zellen oder sogar bei kleinen Gruppen von Zellen als homogene, sich nur schwach färbende Massen ohne erkennbare Überreste der normalen Struktur. Auch sieht man, daß eine oder auch gleichzeitig zwei oder drei Zellen sich in homogene, glänzende, abgerundete, hyaline Kügelchen verwandelt haben, wobei die Kerne und das Protoplasma sich nicht mehr in normaler Weise mit Methylenblau-Tannin-Fuchsin färben; die Kerne und das Protoplasma nehmen eine leuchtend rote Farbe an; aber man sieht an einigen Stellen noch einige erhaltene Trümmer von Kernen, welche die Umwandlung in hyaline Substanz noch nicht ganz beendet haben, sondern sich mit dem Methylenblau färben. Schließlich gibt es auch noch andere Zellen, vereinzelt oder in kleinen Gruppen, welche vollständig hyalinisiert sind, und man sieht, wie die Basis der Epidermis unregelmäßig abgeplattet ist. Die Epithelknospen sind total verschwunden, die Papillen gleichermaßen am Papillarkörper beseitigt oder abgeplattet, und der Papillarkörper ist mit einer Decke von infiltrierenden Zellen bedeckt. Letztere überzieht nicht nur den Papillarkörper, sondern auch den oberen Teil des Dermas als eine gerade gerichtete Linie. Diese Zellinfiltration besteht zum größeren Teil aus einer großen Menge von Rundzellen. Die Gefäße des Derma sind dilatiert und von Ansammlungen von gewucherten perithelialen Zellen und von zahlreichen kleinen Rundzellen muffartig eingefaßt; man kann stellenweise einen Zusammenhang zwischen der Infiltrationsdecke von kleinen Rundzellen am Papillarkörper einerseits und den perivaskulären Zellmuffen der Gefäße andererseits und auch die unmittelbare Fortsetzung der Infiltrationsdecke unter der Epidermis hin erkennen. In den unteren Partien des Dermas besteht eine leichte Wucherung von Bindegewebszellen und auch von kleinen Rundzellen an einigen zerstreuten Stellen; die Follikel und Drüsen sind gleichmäßig von Herden kleiner Rundzellen umgeben. Diese Infiltrationsdecke von kleinen Rundzellen unter der Epidermis drückt auf die Basis derselben und bewirkt deren Auflockerung. Man sieht auch, wie kleine Rundzellen zwischen die Epithelzellen eindringen und bis in die mittleren, manchmal sogar bis in die oberen Schichten dieser, der Epithelzellen, gelangen, wobei auch ein Auseinanderweichen der schon ödematösen, verwandelten, sogar homogen gewordenen Stachelzellen Platz greift. Diese Zellen und Gruppen von veränderten Epithelzellen, die bei homogener Umwandlung sich von den anderen Zellen trennen, werden schließlich totaliter abgelöst und sind dann von allen Seiten von Infiltraten von kleinen Rundzellen umgeben;

Digitized by Google

und man sieht in der Mitte der Infiltrationsdecke von subepidermidalen kleinen Rundzellen auch Gruppen von homogenisierten, umgewandelten Epithelzellen, die im Begriffe sind zu verschwinden. Auch sieht man stellenweise Lichenpapeln, deren Epidermis vorher enorm umfangreich war, sich infolge der Auflösung der Epithelzellen (ihrerseits Folge der Einwanderung der kleinen Rundzellen zwischen Stachelzellen und Epidermis) zurückbilden bis auf einige wenige Zellreihen. Es gibt ferner unter den Lichenpapeln einige stärker ödematöse, welche ein stärker ausgesprochenes inter- und intrazelluläres Ödem aufweisen, während andere Papeln trockener sind und kein deutliches Ödem erkennen lassen, und ihre Zellen in ein homogenes Gewebe mit Hyalinkügelchen umgewandelt sind.

Außer diesen noch nicht der Rückbildung verfallenen Lichenpapeln sieht man auch andere, bei denen die Rückbildung eben einsetzt, insofern als sie noch eine voluminöse, ödematöse und stellenweise homogen gewordene Stachelschicht besitzen, während die Körnchenschicht reichlich ist, und die Hornschicht Hyperkeratose aufweist; dabei ist die Basis der Epidermis abgeplattet, und die Epithelknospen sind verschwunden, aber die aus kleinen Rundzellen bestehende Infiltrationsdecke ist vermindert, und die kleinen Rundzellen beginnen abzunehmen; man sieht verschiedentlich kleine Rundzellen, die abgeblaßt sind, sich nur schlecht färben, und an einigen Stellen sind sie alle blaß und fast farblos; andere sind zum Teil schon geradezu resorbiert, und man sieht ihre Überreste als noch schwach färbbare Massen; viele kleine Rundzellen sind so verschwunden, und die zelluläre Infiltrationsdecke ist demnach im Abnehmen begriffen; während die spindelförmigen Bindegewebszellen sich noch erhalten haben, sieht man auch an einigen Stellen kleine Gefäße, deren Lumen aber verengt ist, und von denen einige auch kleine, fibrinöse, körnige Thromben enthalten. Schließlich sind bei anderen, stärker in der Rückbildung vorgeschrittenen Lichenpapeln in der subepithelialen zellulären Infiltrationsdecke die kleinen Rundzellen fast vollständig verschwunden, während die spindelförmigen Bindegewebszellen sich noch erhalten haben, und man sieht auch an Stellen, wo die kleinen Rundzellen verschwunden sind, sogar eine stärkere Vermehrung der Bindegewebszellen. Diese sind ganz klein, haben kleine, spindelförmige Kerne und lassen die Bilder der amitotischen Teilung von jungen, spindelförmigen Zellen im Papillarkörper erkennen. Endlich sieht man an anderen Stellen Lichenpapeln, welche schon stark zurückgebildet und auf dem Wege der Heilung sind, bei denen die Epidermis aus dem Zustand der ödematösen Schwellung totaliter in eine Art von platter, schuppender, parakeratotischer Schichte umgewandelt ist, und man sieht dort inmitten

Digitized by Google

einer homogenen Lage abgeplattete Zellen, welche in Stäbchenform parallele Reihen bilden, und ferner an Stelle der Körnerschicht und der hypertrophierten Hornschicht ein Verschwinden der ersteren und eine völlige Umwandlung der letzteren. Diese, die ehemalige parakeratotische Hornschicht mit ihren Reihen von abgeplatteten Kernen und die ganze ehemals ödematöse, geschwollene Epidermis der ursprünglichen Lichenpapel sind in eine parakeratotische Schuppe umgewandelt, und darunter sieht man an Stelle der dicken, hauptsächlich aus kleinen Rundzellen und verhältnismäßig wenigen spindelförmigen Bindegewebszellen bestehenden Decke von zelliger Infiltration eine große Wucherung von jungen Bindegewebszellen mit kleinen spindelförmigen Kernen. Diese Zellen sind meist in parallelen Reihen angeordnet, aber einzelne steigen auch in die Höhe hinauf. Die kleinen Rundzellen sind total verschwunden; die Lichenpapel befindet sich auf dem Wege der Rückbildung und der Heilung. Im Bereich dieser in der Rückbildung begriffenen Lichenpapeln sieht man eine starke Anhäufung von Pigment, welche von der Peripherie der im Derma und subpapillär gelegenen Gefäße ausgeht und sich bis an die Epidermis und sogar in deren untere und mittlere Partien hineinerstreckt. Man sieht das Pigment in der Umgebung der Gefäßwandungen und im mittleren und oberen Teil des Dermas und auch im Papillarkörper lagern, teils als Streifen von Pigmentkörnern, teils als unregelmäßig gestaltete Massen oder auch mit noch größerer Unregelmäßigkeit als Körnchen oder kleinere oder größere Haufen im Gewebe verstreut, wobei sowohl die spindelförmigen Bindegewebszellen mit ihren Kernen und ihrem Protoplasma als auch die kleinen Rundzellen beteiligt sind. Auch bis in die Epidermis dringt das Pigment vor, und man sieht es hier in erheblichen Mengen angesammelt, bald als feine Körnchen im Stratum spinosum, bald auf dem Protoplasma und den Kernen der Zellen; stellenweise sind einige Gruppen von Stachelzellen total von Pigment bedeckt, oder auch man sieht große Gebiete des Dermas nach der Epidermis hin total mit Pigment überzogen. Zu erwähnen sind schließlich die Mitosen, welche an der Epidermis hier und da in großer Zahl an den Stachelzellen und den Basalzellen vorhanden sind.

Fall II. Isolierte Lichenpapeln, welche ausschließlich lokal mit Arsenik in Form von Arsenkollodium behandelt wurden.

Beim zweiten Lichenfall handelte es sich um einen 40jährigen Rabbiner, der ebenfalls schon seit einigen Monaten mit einem typischen, universellen Lichen ruber planus behaftet war. Es fanden sich kleine, glänzende, gedellte, teils isolierte, teils konfluierende Lichenpapeln, welche stellenweise auch die perlgrauen Streifen, die WICKHAM als charakteristisch für Lichen planus beschrieben hat, enthielten. Diesem Kranken habe ich von vornherein Arsenik innerlich oder subkutan zu geben unterlassen. Ich habe, rein des Versuches halber, an einigen Lichenpapeln arsenikhaltiges Kollodium

Digitized by Google

unter Verwendung einer Mischung von Liquor Fowleri 1,0, Collod. elastic. 5,0 als Verband einmal täglich während zehn Tage appliziert. Man sah klinisch an der Papel anfangs eine oberflächliche Schuppenbildung, die sich alsbald ablöste; darunter bestand eine leicht erodierte Beschaffenheit der Oberfläche; des weiteren sah man die Lichenpapel sich abplatten, Pigment ansetzen und regressive Formen annehmen. Am zehnten Tage exzidierte ich diese ausschließlich mit der äußerlichen Applikation von Arsenik behandelte Lichenpapel behufs der histologischen Untersuchung, die mir dann auch gestattete, mit der größten Sicherheit die dem Arsenik unzweifelhaft zuzuschreibenden Veränderungen festzustellen und ferner auch zu erkennen, ob diese durch die äußerliche Anwendung von Arsenik erzielten Modifikationen den durch die innere Darreichung und die subkutane Injektion des Mittels bewirkten Veränderungen analog waren.

Das am zehnten Tage exzidierte Stück Lichen enthielt eine periphere Partie von gesunder Haut, die also auch der Arsenikwirkung ausgesetzt gewesen war, ein noch wenig beeinflußtes Gebiet der Lichenpapel und schließlich auch ein deutlich in der Rückbildung begriffenes, abgeplattetes und pigmentiertes Gebiet der Lichenpapel. An der normalen Haut der Peripherie der Papel sah man unterm Mikroskop die Wirkung des Arsenkollodiums sich folgendermaßen äußern: es entwickelt sich eine Nekrose an einem Teil der Stachelschicht, wobei dieser homogen wird und hier und dort auch neben der Homogenität auch Körnchenbildung aufweist; an einigen Stellen sind die ovalen Kerne der Stachelzellenschicht noch erhalten, und es hat unter dieser nekrotisierten und schuppenden Schicht eine Vermehrung der Stachelzellen stattgefunden mit Mitosenbildung und der Entwicklung einer neuen intakten Stachelzellen-, Körner- und Hornschicht. Die neugebildete Stachelzellenschicht ist stellenweise, wenn auch nur sehr leicht, gewuchert und sehr leicht ödematös. Am Papillarkörper und am oberen Teile des Dermas besteht eine ausgesprochene Wucherung der spindelförmigen Bindegewebszellen und an den Gefäßwänden eine Vermehrung der perithelialen Zellen. In dem Präparat der mit Arsenkollodium behandelten Lichenpapeln sieht man Lichengebiete, welche noch nicht deutlich beeinflußt worden sind und die wohlbekannten mikroskopischen Veränderungen dieser Affektion aufweisen: die Epidermis ist geschwollen, das Stratum corneum stellenweise sehr hyperkeratosiert, die Körnerschicht sehr vergrößert mit fünf bis sechs Reihen von großen Körnchenzellen; desgleichen die Stachelzellenschicht erweitert mit ödematösen Zellen; das Protoplasma und die Kerne nur schwach tingierbar und die Basis der Stachelzellenschicht stellenweise abgeplattet. Dabei sind die Epithelknospen verschwunden, und die Papillen sind stellenweise beseitigt, und man sieht den ganzen Papillarkörper und den oberen Teil des Dermas von einer Infiltrationsdecke besetzt, welche aus kleinen Rundzellen mit einer Beimischung von einigen wenigen spindelförmigen Bindegewebszellen besteht. Die Gefäße sind dilatiert, und ihre Wandungen

Digitized by Google

sind infiltriert und mit einer perivaskulären Hülle von Rundzellen besetzt. Diese Hüllen bilden die Begleiter und die Fortsetzungen der subepithelialen Infiltrationsdecke. Die Basis der Epidermis ist stark durchsetzt mit Rundzellen, welche zwischen die Stachelzellen und Basalzellen in bunter Mischung eindringen. Diese letzteren sind an einigen Stellen losgetrennt und mit den subepithelialen Rundzellen in enge Vermischung geraten.

Wiederum andere Teile der Lichenpapeln sieht man, wo die Epidermis auch an Volumen vermehrt ist und die gleichen Veränderungen aufweist: Hyperkeratose des Stratum corneum, ein Stratum corneum mit vier bis fünf Reihen von großen Körnchenzellen, verdickte Stachelzellenschicht mit einem intra- und interzellulären Ödem, das Protoplasma und die Kerne der Zellen hypertrophisch, aber schwach färbbar; aber dabei ist die zellige Infiltrationsdecke unter der Basis der Epidermis, anstatt hauptsächlich aus kleinen Rundzellen zu bestehen, zum großen Teil nicht aus solchen Rundzellen gebildet, sondern an ihrer Stelle aus vielen kleinen, spindelförmigen Bindegewebszellen mit kleinen, spindelförmigen Kernen. Immer sieht man aber noch die perivaskulären, aus kleinen Rundzellen bestehenden Hüllen in Muffgestalt. An anderen in der Rückbildung begriffenen, abgeplatteten und pigmentierten Teilen der Lichenpapeln sieht man als Arsenikwirkung verdickte Teile der alten Stachelzellenschicht der Nekrose und der Homogenisierung verfallen; stellenweise ist sie granuliert, stellenweise auch enthält sie ovale Epithelkerne als Schuppenbildung, und darunter sieht man auch ein kleines Stück der noch gut erhaltenen, nicht nekrotisierten unteren Lagen der Stachelzellenschicht. An anderen Stellen aber sieht man unter der nekrotisierten, sich ablösenden Schichte der oberen Epidermislagen schon eine frische, normale Körner- und Hornschicht neu entwickelt vorliegen, und durch dieselbe wird das entsprechende Stück der alten, nekrotisierten, schuppig sich lösenden Stachelschicht eliminiert; dabei sieht man unter dieser neugebildeten, verhornten und granulierten Lage die gut gefärbte Stachelschicht, die stellenweise gewuchert ist und einzelne Mitosen aufweist. Dieses Stratum spinosum ist nur an einzelnen Stellen und auch nur sehr leicht ödematös. Am Derma sieht man bei der aus Rundzellen bestehenden Infiltrationsdecke, daß diese Rundzellen fast verschwunden sind und durch eine Wucherung von spindelförmigen, abgeplatteten Bindegewebszellen ersetzt sind. Diese Bindegewebszellen sind in parallelen oder in nach oben strebenden, teils auch horizontal oder auch in unregelmäßiger Weise verlaufenden Reihen angeordnet. In der Umgebung der Gefäße des Koriums sieht man an einigen Stellen zahlreiche Reihen von gewucherten perithelialen Zellen und stellenweise noch

Digitized by Google

einige kleine perivaskuläre Muffe von kleinen Rundzellen. Man sieht auch am mittleren und oberen Teil des Dermas ebenso wie an der Epidermis eine reichliche Ansammlung von gelbem Pigment.

Fall III. Lichen. Ausschließlich äußerliche Behandlung mit Arsenik in Form eines 45%igen Pflastermulls von arseniger Säure.

Mein dritter Fall betrifft eine 45jährige Frau mit einem seit zwei Monaten bestehenden, typischen, universellen Lichen ruber planus. Wir haben auf zwei Lichenpapeln ein Stückchen Pflastermull mit 45%iger arseniger Säure, die auf meine Bitte die bekannte Fabrik dermatologisch-therapeutischer Präparate Beiersdorf & Co. herstellte, appliziert. Ich spreche dafür auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus für die damit bereitwilligst gewährte Unterstützung dieser Experimentalstudie. Nachdem der 45%ige Pflastermull fünf Tage eingewirkt hatte, war die Lichenpapel ein wenig abgeplattet und zeigte kleine Schuppen an der Oberfläche. Am achten Tage war die Papel flach, ein wenig pigmentiert und die Schuppen lose. Ich habe diese Lichenpapel nebst einem Teil der umgebenden gesunden Haut exzidiert.

An der Oberfläche sieht man stellenweise eine aus der nekrotisierten ursprünglichen Stachelzellenschicht nebst noch erhaltenen ovalen Kernen bestehende Schuppe, und darunter sieht man eine neugebildete Hornschicht, welche die Abstoßung der Schuppe bewirkt. An einigen Stellen ist die Schuppe ganz abgelöst, und man sieht eine metamorphosierte Epidermis, wie man das an Lichenpapeln kennt: eine hyperkeratotische Hornschicht mit teilweise abgehobenen und exfoliierten Lamellen — eine Körnchenschicht, die stellenweise sehr dick ist mit vier bis sechs Reihen von großen Körnerzellen — eine stellenweise sehr hypertrophische Stachelzellenschicht, die, stark hyperplastisch, mehrere Zellreihen aufweist; diese Stachelzellen haben reichliches Protoplasma und große Kerne; das Protoplasma färbt sich an manchen Strecken nur schwach, an anderen gut. Es besteht auch ein intrazelluläres Ödem bei Neigung zu Höhlenbildungen, sowie auch ein interzelluläres Ödem; die interzellulären Spalten sind erweitert. Stellenweise ist dies Ödem stärker, stellenweise weniger stark ausgesprochen. Ebenso ist die Hyperplasie stellenweise erheblich, während an anderen Stellen sich nur wenige Zellreihen vorfinden, und wiederum sieht man stellenweise an den Basalzellenreihen einzeln oder in kleinen Gruppen von drei bis vier Stück zusammenliegende, modifizierte Zellen, deren Protoplasma nebst Kernen in homogene, hyaline, glänzende Kügelchen umgewandelt ist, und deren Struktur sich nicht mehr erkennen läßt. Die Basis der Epidermis ist abgeplattet; die Epithelknospen meistens beseitigt; nur einige derselben haben sich noch erhalten. Unter der Epidermis sieht man eine Infiltrationsdecke von sehr zahlreichen, kleinen Rundzellen, die untermischt sind mit typischen, spindelförmigen, abgeplatteten oder großovalen Bindegewebszellen, und diese Infiltrationsdecke von

Digitized by Google

kleinen Rundzellen erstreckt sich von der Basis der Epidermis bis in die untere Partie des Koriums. In dieser unteren Partie des Koriums sind die das Gewebe bildenden Bindegewebszellen sehr vermehrt und sehr hypertrophiert. Auch sind alle Gefäßlumina sehr erweitert, wie auch die Lymphspalten. Das Derma ist ödematös; die Gefäße sind mit Zellmuffen von gewucherten perithelialen Zellen umgeben, an denen man stellenweise eine Vermischung von Mitosen mit kleinen Rundzellen konstatiert. Diese perivaskulären Zellmuffe stehen in Verbindung mit der die Epidermis komprimierenden subepithelialen Infiltrationsdecke, und die sich einschiebenden kleinen Rundzellen dringen zwischen die Epithelzellen ein und lösen sie von der Epidermis ab. Man sieht auch Epithelzellen einzeln und in Gruppen auf diese Weise abgelöst in der Mitte der Infiltrationsdecke lagern. Außerdem sieht man im Derma in der Umgebung der Gefäße und im Gewebe des Dermas bis an die Epidermis heran viele Mastzellen verstreut, und es finden sich auch viele Granulationen von Mastzellen, die, rot gefärbt, bald als freiliegende Streifen, bald als kleine Gruppen das Protoplasma der spindelförmigen Bindegewebszellen und das Protoplasma der Rundzellen bedecken, wobei Mastzellen von spindelförmiger und Mastzellen von runder Gestalt entstehen.

Die elastischen Fasern sind an den Lichenpapeln im Gebiet der Zellinfiltrationen verschwunden, haben sich aber im Korium, überall wo eine zellige Infiltration nicht stattgefunden hat, erhalten. An anderen Stellen sieht man Lichenpapeln im Zustand der Rückbildung; im Bereich der durch die kleinen Rundzellen gesetzten Infiltrationsdecke sieht man auch Haufen von Trümmern von zerstörten Kernen der kleinen Rundzellen, im Resorptionsprozeß begriffen, und die Zahl der kleinen Rundzellen ist erheblich vermindert. An deren Stelle hat eine starke Vermehrung der kleinen jungen Bindegewebszellen vom spindelförmigen Typ stattgefunden. Stellenweise finden sich auch Mitosen, und man erkennt, daß einzelne Teile der Lichenpapeln sich auf dem Wege der Heilung befinden, indem hier die Herde von kleinen Rundzellen verschwunden sind, und nur Reihen von neugebildeten, spindelförmigen Zellen zu sehen sind, wobei diese in der Rückbildung begriffenen Partien der Lichenpapeln eine große Menge von gelbem Pigment als körnige Streifen um die Wände der Gefäße im Derma gelagert, im Papillarkörper und in besonderer Reichhaltigkeit in den basalen und mittleren Schichten der Epidermis aufweisen. An der Peripherie der Lichenpapeln sieht man im Bereiche der normalen Haut unterm Einfluß des 45 %igen Arsenikpflasters stellenweise an der Oberfläche der Epidermis eine Schicht sich ablösen, die aus der ursprünglichen Stachelschicht als eine nekrotisierte, homogene, abgestoßene Masse besteht; darunter konstatiert man eine neue hyperkeratotische Hornschicht,

Digitized by Google

die teilweise abgeblättert ist, eine ausgiebige Körnchenschicht mit zwei bis drei Zellreihen und eine etwas gewucherte und leicht ödematöse Stachelzellenschicht. Die Epithelknospen haben sich erhalten. Am Papillarkörper hat eine starke Vermehrung der spindelförmigen Bindegewebszellen stattgefunden; dieselben sind hypertrophisch und haben doppelte oder auch multiple Fortsätze. Im Korium treten in der Umgebung der Gefäße die perivaskulären Zellhüllen hervor, die aus gewucherten perithelialen Zellen mit einer gelegentlichen Beimischung von kleinen Rundzellen bestehen; doch sind sie entschieden weniger zahlreich als in den Lichenpapeln selbst. Es besteht aber eine sehr starke Vermehrung der Bindegewebszellen sowohl im Papillarkörper als auch im oberen und unteren Gebiete des Dermas. Außerdem sieht man am Derma, ebenso wie bei der Urtikaria, eine enorme Menge von Mastzellen von den unteren Schichten des Koriums bis in die Epidermis hinauf verteilt; es finden sich frei verlaufende Streifen von roten Granulationen von Mastzellen; sie sind auf dem Protoplasma der spindelförmigen Bindegewebszellen oder auch auf den Rundzellen abgelagert und bilden Mastzellen sowohl von spindelförmigem Typus als auch von rundlicher Gestalt. Die elastischen Fasern sind überall bis auf die Epidermis erhalten geblieben und sind stellenweise sehr hypertrophisch und ödematös und an einigen Stellen auch frakturiert. Auch sieht man im unteren Gebiet des Dermas die von Unna als „Kollastinentartung" bezeichnete Veränderung der elastischen Fasern. Es ist auch eine große Menge von gelbem Pigment in körnigen Streifen in der Umgebung der Gefäßwände im Korium, im Papillarkörper und in den basalen und mittleren Schichten der Epidermis angesammelt. Man sieht auch eine gelinde Erweiterung der Dermagefäße und ein wenig Ödem an den Lymphgängen des Dermas.

Wir haben ferner auf eine aus kleinen zusammengehäuften Lichenpapeln bestehende Läsion am rechten Arm eine 50%ige Arsenikpflastermull appliziert; es trat nach vier Tagen eine heftige Entzündung hervor, eine mit der Entwicklung von kleinen Pusteln, Krusten, nekrotischen und eiterigen Stellen im Bereich der Lichenherde einhergehende Dermatitis. Leider war es uns nicht möglich, dieses Stück zu exzidieren, aber nach dem klinischen Bilde zu urteilen und nach den Untersuchungsergebnissen bei dem vorherigen Stücke ist anzunehmen, daß es sich zunächst um eine intensive Entzündung des Koriums handelte mit Gefäßerweiterung und Ödem desselben, wobei sich des weiteren hinzugesellten: eine Anhäufung von Pigment im Korium und in der Epidermis, Verschwinden der Rundzellenherde und intensive hypertrophierende Wucherung der Bindegewebszellen, Auftreten von zahlreichen Mastzellen und in der Epidermis ein anfängliches Ödem mit nachfolgender Nekrotisierung, die bis in die tieferen Schichten sich erstrecken würde. Als Folge dieser Nekrotisierung würden wir als Sekundärerscheinungen eine ausgiebige, polynukleäre Leukozytose erwarten und eine Eiterung, welche die Epithelnekrose in eine Krustenbildung überführen und die Abstoßung derselben bedingen würde.

Digitized by Google

Überblick.

Unter den nach der Behandlung mit 30 Injektionen von 0,005 Natriumarseniat und 50 Pilulae asiaticae exzidierten Lichenpapeln finden sich etliche, bei denen schon klinisch die Zeichen der Rückbildung mit Abplattung und Pigmentbildung, kurz Heilungsvorgänge, sich äußern, und man konstatiert histologisch im Bereich solcher in der Rückbildung begriffenen Lichenpapeln eine starke Entwicklung von gelbem Pigment, welches in reichlicher Menge den oberen Teil des Dermas und auch die Epidermis durchzieht. Ferner sieht man, wie die Infiltrationsherde von kleinen Rundzellen, aus denen die Lichenpapeln hauptsächlich bestehen, allmählich zerfallen, resorbiert werden und verschwinden, wobei sich eine starke Wucherung von jungen spindelförmigen Bindegewebszellen und gelegentlich auch Mitosenbildung einstellt als Ersatz für die vergehenden Rundzellenherde. Die verdickte, ödematöse Epidermis weist eine Veränderung der Epithelzellen auf mit gelegentlicher Umwandlung in Hyalinmassen im Bereich der Lichenpapeln und einen beginnenden Übergang in eine Abschuppungsschicht. Man sieht auch Mitosen in den basalen Lagen der Epidermis, sowie späterhin die Neubildung einer jungen Epidermis, die stellenweise leicht ödematös ist und die alte veränderte und schuppig umgewandelte Epidermis zur Abstoßung bringt.

Analoge Vorgänge sieht man auch bei den ausschließlich mit lokalen Arsenikapplikationen mittels eines Verbandes von Arsenikkollodium (Liquor. Fowleri 1,0; Collodii 5,0) zehn Tage lang behandelten Lichenpapeln. Klinisch erkennt man, daß die Papeln sich zu pigmentieren und zu resorbieren anfangen; es sind dieselben Prozesse, die wir bei Verwendung von innerlichen Gaben von Arsenik beobachteten: Ansammlung von gelbem Pigment im oberen Teil des Dermas und in der Epidermis, wobei die Herde von kleinen Rundzellen in der Lichenpapel in der gleichen Art und Weise zu zerfallen, resorbiert zu werden und zu verschwinden anfangen und einer intensiven Wucherung von jungen Bindegewebszellen Platz machen. Ferner konstatiert man eine Art von fibröser Organisation der neugebildeten, spindelförmigen Bindegewebszellen, welche stellenweise in parallelen, aufsteigenden oder horizontalen und unregelmäßigen Streifen verteilt sind und die Stelle der verschwundenen Infiltrationsdecke von kleinen Rundzellen einnehmen. An der im Bereiche der Lichenpapeln ödematösen und auch sonst veränderten Epidermis konstatiert man eine mehr oder minder tiefgreifende Nekrotisationsschicht derselben; es hat sich dort eine Abschuppungsschicht gebildet, unter welcher eine neue Hornschicht zu entstehen beginnt mit normalen Körner- und Stachelzellenschichten, wenn auch dieselben stellenweise leicht ödematös und hypertrophiert erscheinen. An den während einer Woche ausschließlich mit dem 45 %igen

Digitized by Google

Pflastermull von arseniger Säure behandelten Lichenpapeln konstatierte man auch eine Pigmentansammlung im Korium und in der Epidermis, und man sah, wie an manchen Stellen die Infiltrationsdecke von Rundzellen in den Papeln auf dem Wege zur Resorption und zum Verschwinden sich befand, sowie auch daß eine erhebliche Wucherung von neugebildeten Bindegewebszellen an Stelle der verschwundenen Rundzellen sich entwickelt hatte. Außerdem waren entzündliche Vorgänge, Gefäßerweiterungen, Ödem und zahlreiche Mastzellen wahrzunehmen.

An den normalen Hautpartien konstatierte man unter dem Einfluß der zehntägigen Behandlung mit Arsenikkollodium in gleicher Weise eine sehr intensive Entwicklung von jungen Bindegewebszellen und gelegentlich Mitosenbildung im Papillarkörper und in den oberen Schichten des Dermas nebst Anhäufungen von Pigment; ferner bestand an der in der Umwandlung begriffenen Epidermis eine Nekrotisierung der oberen Partie, welche sich zu einer abblätternden Schuppe umformte, unterhalb welcher von neuem eine normale Horn-, Körnchen- und Stachelzellenschicht entstanden.

An den dem 45 % igen Arsenikpflastermull ausgesetzten Partien von normaler Haut konstatiert man gleichfalls eine starke Vermehrung der Bindegewebszellen, die im ganzen Derma bis in die unteren Schichten hinein sehr prononziert hervortritt, eine erhebliche Ansammlung von Pigment, zahlreiche Mastzellen, Erweiterung der Gefäße und etwas Ödem. An der Epidermis hat man Nekrotisationsprozesse mit Umwandlung derselben zu einer Schuppe, unterhalb welcher die Entstehung einer neuen Hornschicht, Körner- und Stachelzellenschicht in normaler Weise sich vorbereitet.

Schlußbemerkungen.

An isolierten Lichenpapeln, welche in Form eines Experimentes ausschließlich mit der äußerlichen Applikation von Arsenik, sei es mit dem 45 % igen Arsenikpflastermull, sei es mit der Mischung von Liquor Fowleri 1,0 und Kollodium 5,0, behandelt wurden, konstatiert man nach wenigen Tagen klinisch eine Rückbildung der Lichenpapeln und Neigung zum Abheilen, in gleicher Weise ungefähr, wie man dies bei den mittels innerlicher Verabreichung von Arsenik oder mittels der subkutanen Injektionen des Medikamentes behandelten Lichenläsionen beobachtet. Mikroskopisch ist auch der gleiche histologische Befund an den des Experimentes halber ausschließlich äußerlich mit Arsenik behandelten isolierten Lichenpapeln wie an den intern oder in Form von subkutanen Injektionen mit Arsenik behandelten Läsionen zu konstatieren; es handelt sich dabei um eine starke Entwicklung von Pigment im oberen Teile des Koriums und in der Epidermis und des weiteren um die Auflösung und Besei-

Digitized by Google

tigung der Infiltrationsdecke von Rundzellen in den Lichenpapeln und schließlich um eine üppige Neubildung von neuen, spindelförmigen Bindegewebszellen, welche stellenweise als aufsteigende, sonst auch als horizontale oder unregelmäßige Streifen verteilt sind, was als eine Art von einer gewissen fibrösen Organisierung und Endvorgang bei der Heilung der Lichenpapeln zu deuten ist. An der Epidermis konstatiert man bei dem Regressionsprozeß der Lichenpapeln unterm Einfluß der Arsenikbehandlung die gleichen Vorgänge bei der innerlichen wie bei der äußerlichen Anwendungsweise: Umwandlung der ursprünglichen ödematös gewordenen und modifizierten Epidermis in eine sich ablösende Schicht in Schuppenform und unterhalb dieser Schuppe die Neubildung einer frischen, normalen, wenn auch leicht ödematösen und überreichlichen Epidermis, von welcher die Schuppe sich ablöst.

An den mit Arsenik äußerlich behandelten normalen Hautpartien sieht man nach wenigen Tagen anfangs eine reichliche Vermehrung von jungen, spindelförmigen Bindegewebszellen, Dilatation von Gefäßen und von Lymphgängen, Ödem, reichliche Entwicklung von gelbem Pigment und sehr ausgiebige Bildung von Mastzellen. Die Epidermis zeigt Nekrotisationserscheinungen, Umwandlung in eine Desquamationsschicht und unterhalb derselben die Entstehung von Mitosen an den basalen Stachelzellen und die Entstehung einer neuen Epidermis, welche die entstandene Schuppe zur Ablösung treibt. In den normalen Hautpartien und an den intensiver und während einer längeren Periode mit Arsenik äußerlich behandelten Lichenpapeln beobachtet man klinisch eine tiefgehende Nekrose und stellenweise auch die Entwicklung von Bläschen, Pusteln und Vereiterung, sowie zuletzt als Abschluß die sich daran anschließende Vernarbung.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

Oktober 1914, H. 10.

1. Über Fortschritte in der Behandlung der Blennorrhoe, mit besonderer Berücksichtigung der Vakzine-Therapie, von Karl Ritter von Hofmann-Wien. In großen Zügen schildert der Verfasser die Fortschritte, die in der Prophylaxe und Theraphie der Blennorrhoe gemacht worden sind, seit Neisser den spezifischen Erreger gefunden hat. Bei der Prophylaxe bespricht der Verfasser außer der eigentlichen Prophylaxe, d. h. Waschen mit desinfizierenden Flüssigkeiten, Urinieren unmittelbar nach dem Koitus, Einträufeln von Silbersalzlösung, auch die Abortivbehandlung, von der er in der letzten Zeit gute Erfolge gesehen hat. Bis vor ca. einem Jahre hatte er diese folgender Methode zu danken: Nachdem der Patient uriniert hatte, wurde eine Ausspülung der Urethra anterior unter mäßigem Druck mit einer milden Silbersalzlösung

Digitized by Google

oder warmem Wasser vorgenommen; dann folgte eine Injektion von 10—15 ccm einer $^1/_2$—1%igen Argent. nitr.-Lösung, die einige Minuten in der Harnröhre belassen wurde; nach zwölf Stunden folgte eine Spülung von $1^1/_2$ Liter einer 1%igen Albarginlösung, die nach zwölf Stunden und dann nach nochmals 24 Stunden wiederholt wurde. Waren dann die Gonokokken nicht verschwunden, so war das Verfahren gescheitert und es wurde die übliche Therapie eingeleitet. Seit ca. einem Jahre scheinen dem Verfasser die Erfolge günstiger durch Anwendung von Natr. cholic. und zwar in folgender Weise: Nach sorgfältiger Ausspülung der Urethra mit warmem Wasser werden 5—10 g einer 2%igen wässerigen Lösung von Natr. cholic. für ca. fünf Minuten injiziert und dann für die gleiche Zeitdauer die gleiche Menge von 0,5%igem Silbernitrat oder Protargol oder 0,1%igem Albargin. Dann wird die oben beschriebene Methode durchgeführt. Die Resultate mit einer Verbindung von Kollargol und Acid. cholicum scheinen dem Verfasser noch günstiger, aber noch nicht genügend abgeschlossen. Seine übrigen Ausführungen der Blennorrhoetherapie bieten nicht viel Neues. Er kombiniert bei akuter Blennorrhoe anterior die Injektionen mit der Neisserschen Spritze mit Janetschen Spülungen der vorderen Harnröhre und verwendet dabei eine 0,05%ige Lösung von Albargin, oder bei den Janetschen Spülungen Kal. permangan. 1,5 : 5000,0. Von den Balsamizis verspricht er sich bei der Blennorrhoe anterior fast gar keinen Erfolg, dagegen hält er dieselben bei akuter posterior für nützlich, weil sie schmerzstillend wirken. Für die Behandlung der chronischen Blennorrhoea posterior gibt es kein Schema. Einen langen Abschnitt widmet der Verfasser der Behandlung der Epididymitis; hier hält er Eis- resp. Wärme- resp. Salbenbehandlung für eventuell nötige Hilfsmittel, die aber nur sehr selten zu einer Restitutio ad integrum führen. Er plädiert energisch für Vakzinebehandlung, mit der er glänzende Erfahrungen erzielt zu haben behauptet. Auch bei der Arthritis gonorrhoica sind seine Erfahrungen mit Vakzinebehandlung sehr gute, weniger günstig bei Prostatitis. Bei Fällen von nicht blennorrhoischer Urethritis hat er in einigen Fällen, die er aber selbst als nicht beweisend bezeichnet, mit Autovakzine Günstiges erreicht, und er ist überzeugt, daß in Fällen von schwerer blennorrhoischer Allgemeininfektion des Organismus sie Ausgezeichnetes leisten würde.

2. Über die Kutanreaktion Noguchis bei Syphilis, von J. W. Squires-Charlotte. Nachdem es Noguchi gelungen ist, die Spirochaeta pallida in Reinkultur zu züchten, ist es ihm auch geglückt, ein Luetin zu finden, das eine wertvolle Ergänzung resp. Bereicherung der WR bedeutet. Dasselbe bewährt sich als Mittel zur kutanen Reaktion, besonders in Fällen von tertiärer Syphilis oder Syphilis hereditaria oder in schon spezifisch behandelten Fällen, in denen die WR negativ ausfällt. Die Luetinreaktion erfüllt alle Erfordernisse eines spezifischen Reagens. Dasselbe besteht in einem reinen Extrakt aus einem luetischen Organismus und produziert eine spezifische Reaktion, sobald es einem Luetiker intrakutan eingeimpft wird. Das Material zu der Luetinreaktion besteht 1. aus einer von abgelösten Trepanemen gewonnenen Emulsion und 2. aus einer Kontrollemulsion, die aus der Reinkultur ohne organische Substanzen gewonnen wird. Es werden in die beiden Arme des zu untersuchenden Individuums subkutan mittels einer Spritze mit kleinkalibriger Nadel je eine Injektion gemacht, und zwar auf dem einen mit dem Luetinreagens, auf dem anderen mit Zentralreagens. Die Beobachtungsdauer beträgt 24 Stunden bis drei Wochen. Bei dem Nichtluetiker tritt gar keine Reaktion oder höchstens ein schnell vorübergehendes, geringes Erythem auf. Bei einem Luetiker dagegen erscheint auf der Seite der Kontrollemulsionimpfung in 48 Stunden oder später eine lokale entzündliche Reaktion, anfangs als erythematöse Zone mit leichter Induration, aus der sich später eine Papel oder Pustel entwickeln kann; Kulturen von diesen Fällen bleiben steril. Dagegen kann man bei Luetikern drei Typen einer positiven Reaktion

Digitized by Google

beobachten: 1. eine erythematöse Stelle mit Induration, 2. eine Papel, mit einem indurierten Hofe umgeben, 3. eine Pustel, die resorbiert wird. Der Verlauf der Reaktionserscheinungen ist ein sehr kurzer. Die Tabellen über die Häufigkeit der positiven Reaktionen im Verhältnis zu den negativen, sowie im Verhältnis zu der WR und in den verschiedenen Stadien der Syphilis müssen im Original nachgesehen werden. Es scheint, daß bei der Syphilis I und II die spezifische Behandlung im Anfange die Kutanreaktion verstärkt, so daß man oft in sicheren Fällen von Syphilis, in denen man beim Auftreten von Erscheinungen und positiver WR keine Luetinreaktion erhält, dieselbe zwei bis drei Wochen nach Beginn der antisyphilitischen Therapie sich einstellt.

3. Über die verschiedene Wirkung einer Arsenverbindung auf die Leber nach subkutanen oder intravenösen Injektionen, von K. Ullmann-Wien. Der Inhalt der vorliegenden Arbeit, welche mit ihren Reproduktionen histologischer Präparate sehr wertvoll ist, dürfte den Deutschen aus verschiedenen Veröffentlichungen Ullmanns im wesentlichen bekannt sein.

4. Über vererbte, syphilitische Dyskrasie; ein kritischer Kommentar über die sogenannte Syphilis hereditaria, von Charles C. Mapes-Louisville. Nachdem Mapes seine Ansichten über die Verschiedenheiten von kontagiös und infektiös auseinandergesetzt hat, betont er, daß es Mode geworden sei, auf einzelne, noch sehr unsichere Anhaltspunkte hin, bei Kindern die Diagnose „hereditäre Lues" zu stellen, obwohl dieselben Symptome sich häufig bei hereditär nicht luetischen Kindern finden ließen. Auch das häufige Vorkommen von Aborten und Fehlgeburten beweise noch nichts für eine Lues der Eltern; denn in vielen Fällen würden gewohnheitsgemäß bei gesunden Frauen und normal entwickelten Föten Abtreibungen gemacht, um einem weiteren Verlaufe der Schwangenschaft oder zu großem Kindersegen zu entgehen. Auch gewisse nervöse oder Ernährungsstörungen der Kinder würden gern der Syphilis der Eltern zugerechnet, ohne daß eine solche vorläge oder wenigstens, ohne daß eine Vererbung stattgefunden hätte. Der Verfasser zählt dann sehr ausführlich alle Krankheiten von Kindern auf, für deren Entstehen man ohne Berechtigung die Syphilis der Eltern verantwortlich mache (z. B. die Rachitis). Die Tatsache, daß eine anscheinend gesunde Mutter von einem sicher syphilitischen Kinde nicht infiziert würde, während eine sicher gesunde Amme infiziert würde, ist nur dadurch zu erklären, daß die Mutter bereits syphilitisch sei. Die Frage, ob der Samen oder das Ei die Heredität bewirke, ob dieselbe paterner Natur sei, ob Syphilis III oder latente Syphilis auch noch hereditär wirken könnten, streift der Verfasser nur ganz obenhin.

5. Über zwei wichtige Faktoren bei der Tuberkulose des Urogenitaltraktus, von Henry Dowd-Buffalo. Da auch bei sehr sorgfältiger Untersuchung des Urins — selbst nach dem Zentrifugieren — recht häufig bei tuberkulösen Erkrankungen des Urogenitaltraktus keine Tuberkelbazillen gefunden werden, so sind alle klinischen Symptome, die zu einer frühzeitigen Diagnose führen können, von großer Wichtigkeit. Nach seinen eigenen Erfahrungen erwähnt Dowd zwei Tatsachen, die für Blasentuberkulose charakteristisch sind: 1. eine Herabsetzung der Blasenkapazität, die mit dem Fortschreiten der Erkrankung progressiv wird. Diese erklärt sich der Verfasser dadurch, daß nicht nur die Blasenschleimhaut, sondern auch das interstitielle Bindegewebe nach entzündlichem Reizzustande narbig verändert und so das Volumen der Blase eingeschränkt wird, und 2. die sehr große Empfindlichkeit der tuberkulösen Blase gegen Silbersalzlösungen, so daß selbst bei einer Konzentration von $^1/_{30\,000}$ eine 24—36stündige Reizwirkung eintritt. Er empfiehlt daher dringend, nie mehr Silbersalzlösungen zur Behandlung der tuberkulösen Blase zu verwenden.

Digitized by Google

6. Über Hydrozele des Samenstranges, von Charles D. Lockwood-Pasadaca. Der Verfasser beobachtete ziemlich gleichzeitig zwei Fälle von Hydrozele des Samenstranges und fand beim Durchsehen der Literatur, daß diese Fälle ziemlich selten seien und meist bei Kindern oder jugendlichen Erwachsenen als Folgeerscheinungen nach Traumen usw. auftraten. Nicht immer leicht ist die Differentialdiagnose mit einer Hernia inguinalis, eventuell kann die Hydrozele in den Bruchsack eingelagert sein. Therapeutisch ist Ansaugung der Flüssigkeit und Injektion von Karbolsäure am einfachsten; auch Inzision mit folgender Drainage wirken heilsam, aber schützen nicht vor Rückfällen. Das radikalste Mittel ist die Exzision der Zyste nach Jacoby und Rauschoff.

7. Ein Fall von multipler Sklerose auf syphilitischer Grundlage, in welchem die Diagnose nach den klinischen Symptomen gestellt wurde, trotz des negativen Ausfalles der Laboratoriumsuntersuchungen, von Tom A. Williams, M. B. C. M., Edin-Washington. In einem Falle von syphilitischer multipler Sklerose, in dem weder die WR im Blute, noch die Liquorreaktionen das Bestehen einer syphilitischen Erkrankung ergeben hatten, stellte der Verfasser die Diagnose aus klinischen Symptomen. Der Fall selbst hat ein rein neurologisches Interesse. Die Richtigkeit der Diagnose „syphilitische Sklerose" wurde durch die glänzenden Erfolge von zwei Salvarsaninjektionen bestätigt. Auch fiel eine Luetinreaktion, die nach der ersten Salvarsaninjektion gemacht wurde, positiv aus, während eine frühere negativ geblieben war. Im Anschluß warnt der Verfasser davor, sich zu absolut auf den negativen Ausfall der WR zu verlassen, wenn klinische Symptome die Diagnose „Syphilis" zu bedingen scheinen.

O. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Die neuesten Arbeiten über die physiologische Pathologie der Glykosurie, von J. J. R. Macleod. (New York m. J., 21. Febr. 1914.) In dieser zusammenfassenden Betrachtung kommt Verfasser zu dem Schlusse, daß Diabetes in Zunahme begriffen ist und besonders unter nervösen Leuten, Geistesarbeitern und jenen, deren Nervensystem besonderer Einwirkung unterliegt, vorherrscht. Die Hauptzüge der Glykosurie oder des Diabetes sind folgende: die erste Veränderung ist übermäßiger Gehalt des Blutes an Glykogen; die konstante Hyperglykämie führt zu funktionellen oder organischen Veränderungen, wodurch Zucker mit dem Urin ausgeschieden wird. Der nächste Schritt ist die beginnende Ausnützung des in den Körpergeweben aufgespeicherten Glykogens, und nun folgt der Schlußzustand der Glykoneogenesis, bei welcher alles im Körper verfügbare Material in Zucker umgewandelt wird. Der Hauptmechanismus beim Beginn des Diabetes scheint eine nervöse Störung zu sein; gewisse Hormone können bei der Glykogeneolysis in der Leber eine Rolle spielen. Obwohl das Pankreas mit dem Mechanismus der Glykosurie innig verknüpft ist, so scheint dessen genauerer Einfluß noch weiterer Aufklärung zu bedürfen. M. Stern-München.

Studien über Adrenalinglykosurie beim Menschen, von Landau-Warschau. Zschr. f. klin. M., 1914, H. 3 u. 4.) Subkutan beim Menschen injiziertes Adrenalin ruft Glykosurie hervor, wenn unmittelbar vor der Injektion dem Organismus beträchtliche Mengen von Traubenzucker oder irgend welchem, Traubenzucker enthaltendem

Digitized by Google

Kohlehydrat zugeführt werden. Die Adrenalinglykosurie wird von beträchtlicher Hyperglykämie begleitet. Adrenalin ruft keine Glykosurie hervor, wenn anstatt Traubenzucker Lävulose verabreicht wird. Kleine Dosen von Kokain sensibilisieren die Adrenalinwirkung und steigern gleichzeitig die Hyperglykämie und Glykosurie. Mit dem Adrenalin injiziertes Pantopon hemmt seine zuckertreibende Wirkung. Der Mechanismus dieser Hemmung ist zweierlei, einerseits verlangsamt Pantopon die Mobilisierung des Leberglykogens und setzt die Hyperglykämie herab, andererseits vermindert er die Glykosurie durch Schädigung der sekretorischen Nierentätigkeit. B. Jungbanns-Dresden.

Zur Behandlung der Zystinurie, von Klempner und Jacoby. (Ther. d. Gegenw., März 1914.) Bei der Zystinurie wird eine im Urin schwer lösliche Substanz, das in sechseckigen Tafeln kristallisierende Zystin, ausgeschieden. Sie stellt eine Nierensteindiathese dar. Bei einer Patientin, die seit Jahren an schweren Nierenkoliken leidet, fand sie sich als einzige Ursache. Eiweißherabsetzung in der Nahrung verminderte die Zystinausscheidung. Durch Alkalidarreichung (6—10 g täglich Natr. bicarbon.) gelang es, das Zystin zum Verschwinden zu bringen. W. Haas-Hamburg.

Klinische Studien über die Phloridzinglykosurie, von Hans Eber. (Diss., Gießen 1913.) Verfasser untersucht, ob das Phloridzin geeignet ist, über Nierenstörungen Aufschluß zu geben, besonders, ob mit seiner Hilfe der Grad der Nierenschädigung zahlenmäßig zum Ausdruck zu bringen ist mittels des im Harn ausgeschiedenen Traubenzuckers. In seinen Versuchen an Wiederkäuern, Hunden und Pferden stellte er fest, daß im allgemeinen die Größe der Zuckerausscheidung mit der Phloridzindosis steigt, daß jedoch kein bestimmtes Verhältnis zwischen beiden Faktoren besteht. Bestimmte Regeln über die Beeinflussung der Zuckerausscheidung bei der Phloridzinglykosurie durch Krankheiten verschiedener Art bestehen nicht. Bei Hunden läßt sich bereits mit geringen Phloridzindosen ein Harnzuckergehalt von über 10% erreichen. Die Dauer der Phloridzinglykosurie schwankt zwischen 24 und 55 Stunden. Eine diagnostische Bedeutung kommt dem Phloridzin nicht zu. Weiter wurde untersucht, ob der Alkohol ein geeignetes Lösungsmittel für Phloridzin ist. Die Frage wird bejaht; für weniger konzentrierte Lösungen genügt Spiritus vini, für konzentriertere ist Alc. abs. erforderlich. Endlich will Verfasser darüber Aufschluß gewinnen, ob mit Recht von einem Phloridzindiabetes gesprochen wird. Die Frage wird verneint, da Phloridzin keine Vermehrung der Harnmenge bewirkt. Es wird deshalb die Bezeichnung „Phloridzinglykosurie" vorgeschlagen. F. Loeb-München.

Weitere Beiträge zur Saccharometerfrage, von Theodor Lohnstein-Berlin. Der Diabetometer nach Eppens. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 25.) Entgegen der Behauptung des Verfassers fand Lohnstein, daß Temperatur und Selbstgärung die Ausschläge des Diabetometers erheblich beeinflussen und daß außerdem der von Eppens gar nicht in Betracht gezogene äußere Luftdruck eine Rolle spielt, die für den Gebrauch des Apparates an höher gelegenen Orten ins Gewicht fällt, und der Harnanalytiker hat daher durchaus keinen Grund, die älteren Gärungssaccharometer zugunsten dieser neuen aufzugeben, zumal der Apparat entsprechend seiner komplizierteren Konstruktion seine Vorgänger im Preise bedeutend übertrifft. W. Chrzelitzer-Posen.

Weitere Beiträge zur Saccharometerfrage, von Theodor Lohnstein. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 48.) L. bespricht die von anderen Verfassern in letzter Zeit angegebenen Saccharometer (Eickhoff, Rensch, Stephan und Gause) und kommt zu dem Schluß, daß mit diesen Apparaten nur Annäherungsresultate erzielt werden können. E. Brinitzer-Altona.

Einfacher qualitativer und quantitativer Zuckernachweis im Harn mittels der Gärungsprobe, von Gause. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1914, Nr. 14.) Das „Reagenz-

Digitized by Google

glassaccharometer" (Bezugsquelle: Dr. Bachfeld & Co., Frankfurt a. M.), dessen genaue Beschreibung im Original nachzulesen ist, lieferte bereits nach $^1/_4$ Stunde das wahrscheinliche, nach 24 Stunden das zuverlässige Zuckerresultat. Es ist ein Gärungssaccharometer, das man sich auch jederzeit leicht improvisieren kann. W. Haas-Hamburg.

e. Labien, Vagina usw.

Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereich der Genitalorgane, von R. Birnbaum-Göttingen. (Gyn. Rdsch., 1914, H. 14.) Scheidenspülungen zu therapeutischen Zwecken sind vollkommen zu verwerfen, höchstens als Reinigungsmittel sind sie vorübergehend anwendbar. Die Tamponbehandlung, die zwar bessere therapeutische Erfolge ergibt, ist nur für kurzdauernde Behandlungen zu gebrauchen. Die Trockenbehandlung verspricht wegen der technischen Schwierigkeit nur bei Vornahme durch den Arzt selbst Erfolge. Verfasser empfiehlt die Ensemoritabletten (Luitpoldwerk München), deren Wirkung darin besteht, daß bei der Auflösung in der Vaginalfeuchtigkeit eine starke Kohlensäureentwicklung stattfindet, wodurch die den Tabletten beigemengten Arzneistoffe mit allen Teilen der Schleimhaut in innige Berührung gebracht werden. Die Einführung der Tabletten kann von der Patientin selbst ausgeführt werden. Für die Behandlung der Zervix, der Urethra, des Mastdarms und für kindliche Vaginae wird Ensemori in Stiftform unter dem Namen „Styli Spuman" geliefert. H. Boehme-Leipzig.

Ein Beitrag zur Behandlung der Vaginalerkrankungen, von H. Gutowitz-Leipzig. (Fortsch. d. Med., 1913, Nr. 8.) Die allmähliche Erkenntnis, welch schwere Folgeerscheinungen für den ganzen Organismus, wie bedeutende nervöse Störungen, Blutarmut und allgemeine Schwäche der früher als harmlos geltende Fluor haben kann, ganz abgesehen von den lokalen Störungen, wie Ekzemen, Geschwüren, Erosionen usw., haben dazu geführt, die Therapie der Vaginalerkrankung mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Gutowitz teilt nun an der Hand von sieben Fällen, die sehr guten Erfolge mit, welche er durch Einführung der Ensemoritabletten erzielt hat. Ensemori ist eine labile Verbindung von Formaldehyd mit Thymol und Resorzin und Beimengung von Alumin. acet. tartar., Bismut. subgallic. und Hexamethylentetramin. Bei Einbringung einer Ensemoritablette in die Scheide bildet sich unter dem Einflusse der Scheidenfeuchtigkeit ein Gasgemisch von Kohlensäure und Formaldehyd, unter dessen Einfluß sich die vorher in festem Zustand befindliche Thymolresorzinaldehydverbindung leicht in ihre wirksamen Komponenten spaltet; die Gasbildung geht langsam, aber gründlich vor sich und treibt die wertvollen Bestandteile der Tabletten in die kleinen und kleinsten Falten der Vagina, wo sie ihre therapeutische Wirksamkeit entfalten können. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorteil liegt darin, daß dem Ensemori spezifische Heilmittel beigefügt werden können, wie 5% Ichthyol, dessen Anwendung dadurch die Schattenseiten des üblen Geruchs, des Beschmutzens der Wäsche usw. genommen wird, oder bei Blennorrhoe 1% Protargol oder Sublimat oder 3% Tannin usw., so daß neben der rein schematischen Anwendung auch die individualisierende Therapie zu ihrem Recht kommt. Diese Heilmittel werden bei der Zersetzung der Tabletten in alle Falten der Vagina bis zum Muttermund gebracht und können auf diese Weise ihre therapeutische Kraft entfalten. Neben der Einführung der Ensemoritabletten muß natürlich bei Blennorrhoen Ätzung des Zervikalkanals und der Urethra, oder bei den Ekzemen Waschungen resp. Spülungen mit Kal. permang. und Behandlung mit Lenigallolzinkpaste einhergehen; ebenso wird bei hochgradiger Anämie eine geeignete Eisenarsenmedikation zur Unterstützung der Wirkung der Ensemoritabletten von Vorteil sein. In jedem Falle glaubt Gutowitz in den Ensemoritabletten ein Mittel zu haben, das den lästigen und

Digitized by Google

oft nicht unbedenklichen Vaginalerkrankungen abhilft. Die Dosis ist im allgemeinen dreimal täglich eine Tablette. O. Lasch-Breslau.

Kraurosis und Kankroid, von R. Teuffel-Stuttgart. (Zbl. f. Gynkol., 1913, Nr. 27.) Bei der als Kraurosis bekannten Hautaffektion beobachtete Verfasser 1899 in einem Falle, in dem gleichzeitig Kraurosis und Kankroid bestand, eine Verkümmerung der neoplasmatischen Stränge unter dem Einflusse des die Krebsnester umgebenden entzündlichen Prozesses. Ob dieser Reduktion des karzinomatösen Gewebes eine Druckwirkung oder eine Entziehung des Nährmaterials durch den Entzündungsprozeß zugrunde liegt, muß dahingestellt bleiben. In letzterem Falle würde es sich vielleicht um einen der Wirkung radiotherapeutischer Maßnahmen parallelen Vorgang handeln. O. Valentiner-Leipzig.

Über die Wirkung des Radiums bei Carcinoma vulvae, von Th. Olion. (Lanc., 6. Februar 1915.) Sehr gute Wirkung in einem scheinbar hoffnungslosen Falle; die Patientin befand sich noch ganz vortrefflich einige Monate nach der Behandlung. H. Boas-Kopenhagen.

Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz), von Siegfried Gross. (W. kl. W., 5. März 1914, Nr. 10.) Bei einer 22jährigen, blassen, sehr grazilen Virgo intacta hat Verfasser Ulzerationsprozesse am Genitale nachweisen können, die vollkommen den von Lipschütz beschriebenen Geschwürsformen glichen und auch die Lipschützschen Stäbchen enthielten. W. Lehmann-Stettin.

Zum Krankheitsbegriff des sogenannten Ulcus acutum vulvae, von Richard Volk. (W. kl. W., 1914, Nr. 10.) Die von Lipschütz beschriebenen geschwürigen Veränderungen hat Verfasser nicht bloß bei Virgines intactae, sondern auch bei verheirateten Frauen und selbst bei einem 45jährigen Manne beobachtet; die langen Stäbchen, die L. als charakteristisch beschrieben hat, konnten stets und leicht nachgewiesen werden. W. Lehmann-Stettin.

Durch Diphtheriebazillen hervorgerufene blennorrhoische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina, von Erwin Kobrak-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 10.) Kobrak hatte wiederholt Gelegenheit, Infektionen mit Diphtheriebazillen zu beobachten, die nirgends das typische Bild mit Membranbildung zeigten, sondern nur mit Sekretion von allerdings übelriechendem Eiter einhergingen, und bei denen die Diagnose der diphtherischen Infektion nur durch Entnahme des Sekretes und Untersuchung im Kgl. Hygien. Institut, eventuell erst durch Züchtung gestellt werden konnte. Solche Bilder hatte Kobrak nicht nur bei Infektion des Rachens, sondern auch der Nase, des Kehlkopfes und der Bronchien gesehen. Als sich ihm Gelegenheit bot, an der Vulva kleiner Mädchen ähnliche klinische Bilder zu sehen, ohne daß Gonokokkennachweis gelang, ließ er das suspekte Sekret untersuchen und erhielt in beiden Fällen die Antwort: „Diphtherie positiv". Die darauf eingeleitete Impfung von 2000 I. E. Immunserum hatte im ersten Falle sofortige Heilung zur Folge, im zweiten erhebliche Besserung und Aufhören der Beschwerden und nach zehntägiger Behandlung mit Sublimatspülungen ebenfalls Heilung. Beide Kinder waren fieberfrei, hatten keine Diphtherie im Halse oder Nase gehabt und hatten das Bild einer typischen, das Allgemeinbefinden störenden Blennorrhoe dargeboten. O. Lasch-Breslau.

Zur Puderbehandlung des Fluors beim Weibe, von Hans Oppenheim. (B. kl. W., 1914, Nr. 13.) Verfasser hat mit Yatrentalkum gearbeitet, das selbst bei langer Anwendung keinerlei Reiz auf Haut oder Schleimhaut ausübt. Es hat eine rasch und gründlich austrocknende, desodorisierende Wirkung. Auch ist das Präparat sehr wohlfeil. Verfasser hat sich einen besonderen Apparat konstruieren lassen, den er ausführlicher beschreibt. G. Heymann-Elbing.

Digitized by Google

Die Behandlung des Fluor albus mit Levurinose, von HIRSCHFELD. (Klin. ther. Wschr., 1913, S. 148.) Levurinose, das Hefedauerpräparat der Fabrik Blaes, wurde von einigen Verfassern bei chronischer Obstipation und den Hautaffektionen, bei welchen Verdauungsstörungen als ätiologischer Faktor mit in Betracht kommen, empfohlen. H. rühmt die Erfolge bei Behandlung des einfachen und nichtkomplizierten Scheiden- und Zervixkatarrhs. Die Anwendung besteht darin, daß 2—3mal wöchentlich ein Teelöffel voll Levurinose in das Spekulum hineingeschüttet und ein Tampon nachgeschoben wird. Nach acht Stunden Spülung. Heilung in 4—6 Wochen. J. Werther-Dresden.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die blennorrhoischen Erkrankungen in der Urologie, Sero- und Vakzinotherapie, von CHOLTZOW. (Russki Wratsch, 1913, Nr. 38 u. 39.) Unter 103 vom Verfasser beobachteten Fällen von blennorrhoischer Arthritis betrafen 52 das Kniegelenk, 23 die Articulatio talocruralis, 15 die Articulatio radio-carpalis, 7 das Schultergelenk, 3 das Ellenbogengelenk, 1 das Hüftgelenk, 2 die kleinen Fingergelenke. In 14 Fällen waren gleichzeitig mehrere Gelenke befallen. Hinsichtlich der Sero- und Vakzinotherapie hat Verfasser sowohl von der einen wie von der anderen gute Erfolge, besonders aber unter gleichzeitiger Anwendung der BIERschen Stauung.

A. Jordan-Moskau.

Die Tuberkulose als Boden für Arthritis blennorrhagica, von LUDOVICO TOMMASI-Florenz. (Riforma m., 1913, Nr. 49.) Aufbauend auf der Theorie seines Lehrers PELLIZARI, daß der blennorrhagische Rheumatismus ausschließlich eine Komplikation bei Individuen mit tuberkulösem Habitus bildet, berichtet Verfasser über zwölf Beobachtungen; er glaubt, daß der blennorrhagische Rheumatismus — PIRQUET war stets positiv — immer veranlassen sollte, neben der lokalen und antigonokokkischen Kur auch eine Therapie anzuwenden, deren Regime beabsichtige, den Allgemeinzustand zu bessern und die organische Depression zu stimulieren. Und — nach Heilung der Arthritis — soll eine antituberkulose Kur angegliedert werden. E. Rossen-Wiesbaden.

Azidität des Harns bei Tripper, von REGNAULD und COTTIN. (Bull. méd., 1913, Nr. 95.) Verfasser fanden bei 150 Kranken saueren Urin bei akuter, alkalischen bei chronischer Blennorrhoe. Die Alkalinisation mit Soda vermehrt den akuten Ausfluß, bessert aber nicht den chronischen. Sie bessert aber chemische Reizungen durch Kaliumpermanganat usw. R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zum Studium des Gonokokkus, von P. FORGEOT. (Ann. Inst. Pasteur. 1914, Nr. 9—10.) Ein aus einer Conjunctivitis blennorrhoica gezüchteter Stamm zeigt fermentative Wirkung nicht nur auf Dextrose wie gewöhnliche Gonokokken, sondern auch auf Maltose, Galaktose u. Dulzit, nähert sich damit also dem Meningokokkus. Agglutinationsversuche mit Meningokokkenserum waren negativ. Durch intravenöse Injektion abgetöteter Kulturen ließ sich bei Meerschweinchen eine gewisse Immunität erreichen. W. Lutz-Basel.

Heiratsfähigkeit nach Tripper, von E. PORTNER-Berlin. (M. Kl., 1913, Nr. 47.) Ausgehend von der Erfahrung, daß Männer, welche eine Blennorrhoe überstanden haben, auch wenn sie kein Sekret mehr zeigen und einen absolut klaren flockenfreien Urin entleeren, doch noch infizieren können, wenn die Gonokokken in den tieferen Gewebsschichten lagern, schlägt PORTNER vor, nach Aussetzen jeder Behandlung Provokationen vorzunehmen: a) durch reichlichen Alkoholgenuß oder durch Instillation einer 2%igen Argent. nitr.-Lösung in die Urethra posterior und anterior 2—3mal in zweitägigen Pausen, oder durch starke Metallsonden (25—26) 2—3 mal mit dreitägigen Pausen, oder

Digitized by Google

durch Dehnung mit dem KOLLMANNschen Dilatator (bis 36—40 Charrière) 4—5 mal in siebentägigen Pausen und das auf diese Weise hervorgerufene Sekret zu untersuchen. Wenn dann keine Gonokokken vorhanden sind und die Urethroscopia anterior und posterior normale Verhältnisse zeigt, kann man den Heiratskonsens erteilen, und zwar zunächst nur mit Kondom; und erst nach mehrmonatlichem geschlechtlichem Verkehr ohne solche. Ist noch eine Spur von Sekret vorhanden, so muß dasselbe erst tunlichst durch Dehnungen, Spülungen, Installationen, Massage beseitigt werden, dann ebenfalls die erwähnten Provokationen und dann Heiratskonsens, selbst wenn ein völliges Verschwinden des Sekrets nicht erreicht werden kann. O. Lasch-Breslau.

Die blennorrhoischen Erkrankungen in der Chirurgie und ihre Behandlung mittels Sero- und Vakzinotherapie, von B. CHOLZOFF-Petersburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 89, H. 2 u. 3.) Man kann alle chirurgischen auf blennorrhoischer Infektion beruhenden Erkrankungen in drei Kategorien teilen: 1. Schleimhauterkrankungen von Organen, die in Kommunikation mit der Außenwelt stehen, Urethritis; 2. Erkrankungen von Organen, die nach außen mehr oder weniger geschlossen sind und in denen sich der Prozeß sekundär entwickelt, meistenteils infolge unmittelbarer Weiterverbreitung der Infektion von der primär erkrankten Harnröhre aus (Epididymitis, Cowperitis, Prostatitis, Zystitis, Ureteropyelitis); und 3. Erkrankungen von Organen, die nach außen nicht kommunizieren und in denen der Prozeß vom primär erkrankten Organ aus auf dem Blut- oder Lymphwege entsteht (Gelenkerkrankungen, Entzündungen von Sehnenscheiden, Schleimbeuteln, Pleuren, Knochen usw.). Neben der Sero- und Vakzinotherapie, die überaus günstige Resultate zeitigte, besonders bei letzteren Erkrankungen, müssen auch chirurgische Behandlungsmethoden angewandt werden. Die akute Gonokokkenosteomyelitis, die subkutane Phlegmone des Pleuraempyems kann nur auf operativem Wege zur Heilung gebracht werden; bei einer Mischinfektion, die eine eitrige Entzündung des Gelenks mit Ergriffensein des Bandapparates und der knöchernen Gelenkenden hervorgerufen hat, kann eine Arthrotomie oder Arthrektomie indiziert sein; die Achillodynie und Talalgie infolge von Exostosenbildung kann nur durch operative Entfernung der Exostose beseitigt werden. Bei großen Gelenkexsudaten ist die vorhergehende Entfernung des Exsudats durch Punktion des Gelenks nützlich. Besonders nützlich ist die Kombination von Sero- und Vakzinotherapie mit der Verwendung der Hyperämie. W. Chrzelitzer-Posen.

Verursachen sterile Tripperfäden weißen Fluß, von ORLOWSKI. (D. m. W., 1914, Nr. 37.) O. kommt zu dem Ergebnis, daß gonokokkenfreie Tripperfäden des Mannes einen bakterienfreien Zervixkatarrh verursachen können. E. Brinitzer-Altona.

Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? von CREDÉ-HÖRDER-Berlin-Friedenau. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 3.) C.-H. richtete eine Umfrage an Gynäkologen und Ophthalmologen, ob sie eine gesetzliche Einführung der Prophylaxe der Blennorrhoe befürworten. Wenn auch alle zugaben, daß eine sachgemäße Einträufelung mit einer unverdorbenen Lösung niemals eine bleibende Schädigung hinterlasse, so waren doch unter 51 Gynäkologen nur 25 Anhänger der obligatorischen Einführung der Prophylaxe, während sich von 17 Ophthalmologieprofessoren 13 dafür erklärten. In dieser Gegnerschaft der Gynäkologen sieht der Verfasser den Grund dafür, daß die Blennorhoe noch immer eine so hohe Morbiditätsziffer aufweist; die Regierung wird sich erst dann dazu entschließen, mit neuen Gesetzesvorschlägen zu kommen, wenn die Ärztewelt selbst von der Notwendigkeit hierzu durchdrungen ist.

E. Brinitzer-Altona.

Wie kann die Blennorrhoe wirksam verhütet werden? von CREDÉ-HÖRDER-Berlin-Friedenau. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 6.) C.-H. verlangt die obligatorische

Digitized by Google

Einführung der Crédéschen Einträufelung und die gesetzliche Meldepflicht, falls die Blennorrhoe bei einem Kinde ausgebrochen ist, damit es rechtzeitig in sachgemäße Behandlung käme. E. Brinitzer-Altona.

Über die Prophylaxe der Blennorrhagie und anderer venerischer Erkrankungen, von E. Biró-Budapest. (Urologia, Beiblatt der Budapesti Orv. Ujsag, 1913, Nr. 4.) Bei der ungarischen Honvédarmee und Gendarmerie wird der Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten im Geiste des Fingerschen Referates seit einem Jahrzehnt streng durchgeführt. Alle 14 Tage wird die Mannschaft einer eingehenden ärztlichen Untersuchung unterzogen. Die Kranken werden sofort in das Spital geschickt. Solche Kranke kommen also mit Gesunden nicht in Berührung. Die Rekruten machen beim Einrücken eine eingehende ärztliche Untersuchung durch, und wenn jemand an einer venerischen Erkrankung leidet, kommt er sofort ins Spital. Die zu Waffenübungen einrückenden Reservisten werden, wenn sie venerisch erkrankt sind, nicht eingekleidet, sondern sie werden an ihren Zuständigkeitsort zurückbeurlaubt. Zugleich wird die administrative Behörde von der Erkrankung des Betreffenden verständigt. In der Wintersaison werden in der Mannschafts- und Unteroffiziersschule Vorträge über die Pflege der Gesundheit gehalten. Bei dieser Gelegenheit werden auch Unterweisungen erteilt, wie man sich gegen Geschlechtskrankheiten schützt. Nach dem Einrücken der Rekruten und der Reservisten wird die ganze Mannschaft nochmals über den Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten belehrt. In jeder Kaserne ist nahe zur Toreinfahrt, in einem Lokale abgesondert, eine Nische, die mit einem Waschapparat, 3%iger Albarginglyzerinlösung und einem passenden Tröpfler zum Schutze gegen venerische Erkrankungen versehen, so auch mit einer Alkoholsublimatlösung (1 : 1000). Jedes einzelne Individuum kann nach seiner Nachhausekunft eine prophylaktische Einspritzung in die Harnröhre vornehmen und auch das Abwaschen der Geschlechtsorgane durchführen, und zwar unter Aufsicht des Inspektionsunteroffiziers, der zu dieser Manipulation abgerichtet ist. In der Ludovikaakademie werden die neuen Zöglinge schon in den ersten Tagen über den Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten belehrt. Sie werden auf die Vorteile der Abstinenz aufmerksam gemacht. Jeder Neueintretende wird mit einem in der Tasche tragbaren Schutzapparat versehen, den jeder Akademiker in der Tasche tragen muß, wenn er Ausgang hat. Die Belehrung der Zöglinge der Militäroberrealschule beginnt bei den Zöglingen des dritten Jahrgangs, und sie werden mit einem Schutzapparat versehen, wenn sie am Ende des vierten Jahrgangs die Anstalt verlassen. Mit ähnlichen Verfügungen wird der Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten bei der Gendarmerie besorgt. M. Porosz-Budapest.

1. Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Blennorrhoe, von Bruck-Breslau. (D. m. W., 1913, Nr. 43.) Verfasser berichtet von einem neuen Blennorrhoemittel: Uranoblen. Dies ist eine Verbindung von Silber mit Uranin. Es enthält 40% Silber. Es hat eine hohe abtötende Wirkung auf Gonokokken, übt eine starke Tiefenwirkung aus und ist bei bestimmter Anwendungsform fast reizlos. Zur zweckmäßigen Applikation benutzt er glatte, starre, dünnwandige, nach Einführung in kurzer Zeit schmelzende Hülsen (Kaviblenstäbchen), die eine Mischung des Uranoblens mit einer indifferenten, reizlosen Substanz enthalten, hergestellt von Dr. Jublonski-Breslau 9. Vier verschiedene Formen: 1. für die Pars anterior; 2. für die Pars anterior und posterior; 3. für die weibliche Urethra bzw. Vagina kleiner Mädchen; 4. für die Zervix.

2. Praktische Resultate mit der Kaviblentherapie, von Sommer-Breslau. Vorteile sind, daß die Behandlung bequem und zeitsparender ist, es werden täglich nur zwei Stäbchen eingeführt. Nach durchschnittlich 14 tägiger Behandlung Heilung. Die

Digitized by Google

Kosten sind nicht größer als bei dem alten Verfahren mit Spritze und Lösungen. Als Nachteile sind zu vermerken, daß die Wäsche verfärbt wird, daher wird ein Schutzbeutel beigegeben. Gereizte auf der Akme befindliche Fälle sind kontraindiziert.

3. Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens, von GLÜCK-Breslau. Das Uranoblen erweist sich als stark gonokokkentötend. Seine sicher gonokokkozide Wirkung äußert sich bereits in einer mindestens zehnfach geringeren Konzentration als der therapeutisch anwendbaren entspricht.

B. Junghanns-Dresden.

Die Behandlung der Blennorrhoe der Neugeborenen und Erwachsenen in der Berner Universitäts-Augenklinik, von P. SCHENDEROWITSCH. (Ther. Mh., 1915, Heft 1.) In der Berner Augenklinik wurden bei der Behandlung der Blennorrhoe statt der früher üblichen Argentum nitricum-Eintröpfelungen seit vielen Jahren solche mit 3%iger Kollargol- oder 5%iger Syrgollösung gemacht. Diese Behandlung wurde unterstützt durch warme Borwasserspülungen, Einstreichen von Borvaseline und warme Umschläge. Sowohl bei Neugeborenen als auch bei Erwachsenen, bei einfachen Fällen und bei Fällen mit schweren Hornhautkomplikationen waren die Erfolge sehr gut. Beim Kollargol wirkte nur seine schwarze Farbe störend, das Syrgol gab manchmal Veranlassung zu stinkenden Diarrhöen, was die Verfasserin so erklärt, daß es bei länger dauernden Augenbädern durch den Tränenabflußapparat in Mund, Rachen und Darm gelangt.

H. Boehme-Leipzig.

Die Prophylaxe und Behandlung der Ophthalmia neonatorum, von A. VON BRAV-Philadelphia. (New York m. J., 23. Mai 1914.) Bezüglich der Prophylaxe faßt B. kurz alle die Maßnahmen zusammen, die zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten im allgemeinen empfohlen worden sind, und hebt dabei wohl mit vollem Recht hervor, ein wie zweischneidiges Schwert für Kinder beiderlei Geschlechts die Einführung sexuellhygienischer Kurse in öffentlichen Schulen sei. Ebensowenig kann sich B. für die obligatorische Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten erwärmen, da hiermit der Kurpfuscherei nur Vorschub geleistet werde. Die Blennorrhoea neonatorum muß aber aus Sicherheitsgründen in jedem Falle angezeigt werden, wenn auch weiteres Eingreifen der Aufsichtsbehörden nicht ratsam ist. Das CRÉDÉsche Verfahren (Instillation einer 2%igen Silberlösung) sollte Gemeingut aller Hebammen werden, und dieselben müßten in regelmäßigen Zwischenräumen immer wieder über die Gefährlichkeit dieser Augenaffektion der Neugeborenen und deren Verhütung aufgeklärt werden. Was die Behandlung betrifft, so ist in erster Linie Kälteapplikation und sorgfältige Reinigung, d. i. beinahe alle 20—30 Minuten zu wiederholende Entfernung des Eiters in den ersten Tagen, in größeren Pausen späterhin, mittels antiseptischer Lösung (1 : 10,000 Sublimat) geboten. Nach jeder Reinigung ist 25%ige Arg. nitr.-Lösung zu instillieren. Nach etwa einer Woche, wenn die Absonderung bedeutend nachgelassen hat, wird statt Sublimat Zinc. sulfur. (0,06 : 30,0) zur Reinigung benutzt. Bei Ergriffensein der Hornhaut ist es jedenfalls nötig, einen Augenarzt beizuziehen. Zu bedenken ist, daß zur vollständigen Heilung immer 3—4 Wochen notwendig sind und es sehr wichtig ist, nicht zu früh mit der sehr viel Geduld erfordernden Behandlung aufzuhören.

M. Stern-München.

Die Behandlung der blennorrhoischen Ophthalmie der Neugeborenen, von ALEXANDER KLÉBANSKY. (Scientifica, 1914, Nr. 74.) Verfasser hat sieben Fälle von Ophthalmia neonatorum mit der atoxischen Vakzine von NICOLLE und BLAIZOT behandelt. Nur in einem Falle (ein Rezidiv) trat rapide Heilung ein; in den anderen wurde die Erkrankung durch die Vakzine absolut nicht beeinflußt. Ebenso erwies sie

Digitized by Google

sich bei blennorrhoischer Konjunktivitis und Iritis älterer Kinder und Erwachsener unwirksam. Die Silbersalze haben sich in jeder Beziehung als überlegen erwiesen.

R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Trichotillomania, von J. C. Martin-Kansas City. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 15.) Verfasser berichtet über eine den Suttonschen Fällen (J. Am. m. Assoc., 12. Dez. 1914) analoge Beobachtung bei einem vierjährigen, sonst offenbar durchaus gesunden und kräftigen Knaben. Auf einem großen Gebiete der Kopfschwarte war eine erhebliche Lichtung und sogar stellenweise vollständiger Schwund der Haare eingetreten infolge der seit etwa Jahresfrist geübten Gewohnheit des Knaben, fortwährend einzelne Haare mit den Fingern abzurupfen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Die nächste Versammlung der American Urological Association findet im April 1916 in St. Louis statt. Der Vorstand besteht aus Edward L. Keyes-New York, Präsident; E. Otis Smith-Cincinnati, Vizepräsident; Henry L. Stanford-Cleveland, O., Sekretär, und James A. Gardner-Buffalo, N.Y., Schatzmeister.

Nach den von Queyrat in der Société médicale des hôpitaux am 16. Oktober v. J. gemachten Angaben wird in Paris ein Arsenobenzol und Novarsenobenzöl Billon, welches die chemische Zusammensetzung und die Heilwirkung des deutschen Präparates besitzen soll, hergestellt und von den Etablissements Poulenc Frères vertrieben. Diese Präparate sind auch in England zugelassen. Die dortselbst von der Firma Burroughs Wellcome & Co. unter dem Namen Kharsivan und Neokharsivan herausgebrachten Arzneikörper werden vom National Medical Research Committee nach eingehenden chemischen Prüfungen und Tierversuchen als völlig identisch mit dem Ehrlichschen Mittel bezeichnet.

Sir Jonathan Hutchinsons berühmte Sammlung von Aquarellen und Photographien Hautkranker ist durch eine von Sir William Osler vermittelte Schenkung in den Besitz des Johns Hopkins Hospital in Baltimore übergegangen.

Die Pariser Académie de Médecine hat — über Antrag von Raphael Blanchard — Ehrlich und Röntgen aus ihrer Mitgliederliste gestrichen.

Dr. John R. Murlin, Assistant Professor der Physiologie am Cornell University Medical College in New York, begibt sich zur Vornahme biochemischer Studien an das staatliche Pellagrakrankenhaus in Spartanburg, S.C.

Die neubegründete Professur für Tropenkrankheiten an der Universität Neapel wurde Prof. Aldo Castellani, bislang Leiter einer Klinik für Tropenkrankheiten in Colombo (Ceylon), übertragen.

Dr. Oskar Neugebauer, Assistent am Ambulatorium von Prof. Oppenheim in Wien, ist aus der russischen Gefangenschaft in Lemberg zurückgekehrt.

Dr. John Joseph Hector McAllister, Arzt für Hautkrankheiten in New Bedford, Mass., ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

24. Juli 1915 | Nr. 30 | Band 61

Aus der deutschen dermatologischen Universitäts-Klinik in Prag
(Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Über eine seltene Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberositatis tibiae) im Verlaufe einer akuten Gonorrhoe.

Von

Privatdozent Dr. E. Klausner.

Die gonorrhoische Erkrankung der Schleimbeutel ist gegenüber den durch den Gonokokkus bedingten rheumatischen Erkrankungen der Gelenke und Sehnenscheiden ein ziemlich seltenes Vorkommnis. Infolgedessen ist die Literatur über die Gonokokkenmetastasen der Schleimbeutel recht dürftig. Meistens handelt es sich um jene Schleimbeutel, welche in naher Beziehung zu den benachbarten Gelenken stehen, indem sie mit letzteren kommunizieren. So kommt es, daß besonders die Schleimbeutel in der Nähe des Kniegelenkes, entsprechend der Häufigkeit der gonorrhoischen Affektion dieses Gelenkes, also die subkruralen und patellaren Schleimbeutel, durch den Gonokokkus entzündlich erkranken. Nobl hat im Jahre 1903 eine Reihe von Fällen mitgeteilt, bei denen in Begleitung blennorrhoischer Gelenkmetastasen eine akute Bursitis achillea profunda infolge gonorrhoischer Entzündung der Bursa tendinis calcanei aufgetreten war. Die gleiche Affektion beschrieb dann weiter Heineke, so daß die gonorrhoische Erkrankung dieses Schleimbeutels nicht allzu selten zu sein scheint.

Der von mir beobachtete Fall betrifft einen 18 Jahre alten Studenten, der am 12. April 1915 unter den Erscheinungen einer Gonorrhoe erkrankte; vier Tage später trat unter hohem Fieber eine schmerzhafte Geschwulst an der Unterseite des Penis knapp neben dem Frenulum auf. An diesem Tage kam Patient auf die Klinik, wo zwei Tage später der periurethrale Abszeß an zwei stecknadelkopfgroßen Stellen durchbrach. Der aus den beiden Fisteln sich entleerende Eiter enthielt ebenso wie das auffallend reiche Sekret der Urethra massenhaft Gonokokken. Obwohl nach Inzision des Abszesses unter antiphlogistischer Behandlung derselbe rasch abheilte und die Inzisionswunde gut vernarbt war, blieb trotzdem das Fieber bestehen, indem morgens normale, beziehungsweise subnormale Temperaturen mit hohen von 39—40° am Nachmittage abwechselten, die Temperaturen demnach ganz den Typus der Fieberkurve bei septischen Prozessen zeigten. Die genaue Untersuchung des Patienten ergab keinen Anhaltspunkt für das hohe Fieber. Es handelte sich um eine Urethritis acuta der vorderen Harnröhre, Prostata und Nebenhoden zeigten keinerlei objektive oder subjektive Veränderungen. Auch

Digitized by Google

der somatische Befund beim Patienten war normal, insbesondere war die Funktion des Herzens und der Gelenke intakt. Etwa in der dritten Woche nach Auftreten der Gonorrhoe begann Patient über stechende Schmerzen unterhalb des rechten Kniegelenkes zu klagen; objektiv konnte anfangs keine sichtbare Veränderung festgestellt werden. Es bestand einzig und allein eine hochgradige Druckschmerzhaftigkeit an einer zirkumskripten Stelle, die topographisch-anatomisch der Tuberositas tibiae entsprach. Das Kniegelenk war unverändert, in seiner Beweglichkeit in keiner Weise gestört. Die Schmerzhaftigkeit ging unter Einreibungen mit Unguentum Credé und essigsauren Tonerde-Umschlägen nicht zurück, wurde im Gegenteil immer intensiver, und nach einigen Tagen sah und tastete man deutlich über der genannten Stelle an der Tibia eine etwa taubeneigroße, fluktuierende Geschwulst, über welcher die Haut verschieblich, in ihrer Farbe unverändert erschien. Die Geschwulst wurde punktiert und mit der Punktionsspritze etwa 8 ccm dicker, gelblichbrauner Eiter entleert. Mikroskopisch fanden sich in dem fast ausschließlich aus polynukleären Leukozyten und Muzin bestehenden Eiter spärliche, in Gruppen intrazellulär gelagerte und Gram-unbeständige Diplokokken vom Charakter der Gonokokken. Da sich der Abszeß auch nach der zwei Tage später wiederholten Punktion von neuem wieder gefüllt hatte, wurde derselbe gespalten und tamponiert, worauf sich die Inzisionswunde nach kurzer Zeit schloß. Das Fieber und die Schmerzhaftigkeit schwanden sofort am Tage nach der Inzision.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß es sich in dem eben mitgeteilten Falle um eine gonorrhoische Entzündung jenes Schleimbeutels gehandelt hat, welcher genau an der Stelle der Tibia gelegen ist, wo bei dem Patienten die zirkumskripte Schmerzhaftigkeit und die fluktuierende Geschwulst auftrat, nämlich über der Tuberositas tibiae. Diese Bursa tuberositatis tibiae gehört zu den Schleimbeuteln, welche mit den Gelenken, in diesem Falle mit dem Kniegelenk, in keinem Zusammenhang stehen. Dementsprechend war und ist das betreffende Kniegelenk die ganze Zeit hindurch frei von krankhaften Veränderungen geblieben, und es war die Funktionsfähigkeit desselben niemals in irgend einer Weise gestört.

Was den Zeitpunkt des Auftretens von Gonokokkenmetastasen bei der Gonorrhoe des Mannes betrifft, so ist die Ansicht allgemein verbreitet, daß für gewöhnlich erst beim Übergreifen auf die Urethra posterior und auf die drüsigen Anhangsorgane des Penis die Propagation des Gonokokkus in die Blutbahn erfolgen könne, vor allem soll besonders die Erkrankung der Prostata die gonorrhoische Metastasenbildung begünstigen.

Warum in unserem Falle schon in den ersten Wochen nach der Infektion bei noch bestehender Urethritis anterior die Gonokokkeninfektion des Blutes und die Metastasenbildung in dem beschriebenen Schleimbeutel erfolgte, dafür gibt der Verlauf der Gonorrhoe bei dem Patienten genügende Aufklärung. Es handelte sich ohne Zweifel um eine Infektion der Harnröhre mit einem hochvirulenten Gonokokkus, dafür spricht die hochgradige entzündliche Schwellung der Harnröhrenschleimhaut und die mächtige Eitersekretion, vor allem aber das Vordringen der Gonokokken in das periurethrale Bindegewebe und das dadurch bedingte Auftreten

Digitized by Google

eines periurethralen Abszesses mit massenhaften Gonokokken im Abszeßeiter. Die ebengenannten Verhältnisse möchte ich in meinem Falle für das Auftreten der Gonokokkenmetastase verantwortlich machen, um so mehr als auch NOBL bei der Besprechung der Ätiologie der gonorrhoischen Metastasen (Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Bd. II) anführt, „daß dort, wo die gesteigerte Virulenz der Gonokokken für ihr leichteres Vordringen in den Säftestrom begünstigende Bedingungen schafft, die häufig gerade in diesen Fällen auftretenden schweren Lokalinfektionen im akuten Stadium der Gonorrhoe schon zu Metastasen führen können". Interessant ist schließlich auch die Tatsache, daß in unserem Falle die Gonokokkenmetastase in einem Schleimbeutel erfolgte, der unseres Wissens bisher noch nicht als Sitz einer gonorrhoischen Entzündung beschrieben wurde, eine Tatsache, die auch deshalb erwähnenswert erscheint, weil schon die oberflächlichen und tiefen Schleimbeutel des Kniegelenkes, die gerade sehr häufig der Sitz nichtspezifischer Bursitiden sind, sehr selten von der gonorrhoischen Infektion betroffen werden. So bietet unser Fall einer Bursitis gonorrhoica tuberositatis tibiae im Verlaufe einer durch einen periurethralen Abszeß der vorderen Harnröhre komplizierten Urethritis gonorrhoica anterior einen weiteren Beitrag zu den ziemlich spärlichen Literaturangaben über gonorrhoische Schleimbeutelentzündungen.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

April 1915, Bd. 22, H. 4.

11. Über eine geschwulstartige Form des Lupus, von W. FISCHER-Berlin. Der Patient zeigt auf elefantiastisch verdickten Beinen gruppierte geschwulstartige, sich manchmal girlandenartig um narbige Gebiete anordnende, hell- bis braunrote Infiltrate. Distalwärts nimmt der tumorartige Charakter der Effloreszenzen ganz bedeutend zu. Auf der Höhe derselben kleine zentrale, sezernierende Erosionen. Pirquet, Tuberkulininjektion und Tierversuch fielen positiv aus. Die histologische Untersuchung stützte die Diagnose. Nach Ansicht des Verfassers hat die mit der Hauttuberkulose vergesellschaftete Elefantiasis die klinische Eigenart des Falles bedingt.

12. Syphilitische Primärsklerose auf dem harten Gaumen, von E. BJÖRLING-Malmö. Die 33jährige Hebamme hatte sich die Affektion in ihrem Berufe zugezogen, da sie veranlaßt war, öfter Schleim aus dem Munde Neugeborener mit einem Katheter aufzusaugen. Der Primäraffekt saß auf dem Platz am harten Gaumen, wo der Katheter während des Aufsaugens berührte.

13. Kongenitale familiäre hereditäre Alopezie auf der Basis eines Hypothyreoidismus, von HJALMAR PETERSEN-Kopenhagen. Die zahlreichen Mitglieder dieser Familie werden mit normalem Haarwuchs geboren, im 2.—4. Jahre beginnt der Haarausfall. Der Nachwuchs wird stets heller, dünner und kürzer, zuletzt farblos. Die Erkrankung endet im Pubertätsalter mit völliger Kahlheit. In einigen Fällen wird durch

Digitized by Google

Thyreoidin ein Erfolg erzielt, weshalb der Verfasser auch einen Defekt der endokrinen Sekretion annimmt.

14. Über den Wert des Hydrargyrum oxycyanatum zur Desinfektion der Harnwege, von J. SCHUMACHER-Berlin. Der Verfasser weist auf die mangelhafte bakterizide Wirkung des Oxyzyanates hin, welche durch den Mangel freier Metallionen bedingt ist. Lösungen mit Albargin, Chinosol, naszierendem Jod und später mit Resorzin sind vorzuziehen, um so mehr als das Hg-Salz hochtoxische Eigenschaften besitzt.

15. Längenmessung der weiblichen Urethra, von LONY SALMONY-Mannheim. Die Messungen ergeben Differenzen zwischen 2,25 und 5,75 cm.

16. Zur Bekämpfung der Läuseplage und Verhütung der Geschlechtskrankheiten, von E. HOFFMANN. Eingehen auf die Mittel gegen die Filzlaus, Kopflaus und Kleiderlaus. Gegen die Geschlechtskrankheiten werden Belehrung, Überwachung der Prostitution und die Prophylaxe empfohlen. Für letztere werden das Präservativ, Kalomelschutzsalbe und 5%ige Albargininstillationen angeraten.

Mai 1915, Bd. 22, H. 5.

17. Der heutige Stand der Salvarsanbehandlung der Syphilis, von SCHOLTZ-Königsberg. Salvarsan übertrifft bei Syphilis das Quecksilber in seiner Wirkung, nicht bloß bei Behandlung der spezifischen Erkrankungen der Haut, sondern auch bei denen innerer Organe. Bei der quartären (Meta- oder Para-) Syphilis, speziell der Paralyse, Tabes und Aortitis syphilitica ist die Wirkung zweifelhaft. Zur Kontrolle der Kur dient die WR. In der Mehrzahl der nur symptomatisch behandelten Fälle tritt mit oder ohne klinische Erscheinungen ein serologischer Rückfall ein. Eine Heilung ist anzunehmen, wenn nach einer spezifischen Kur ein dauernd negatives Verhalten des Blutes, sowie ein Freibleiben von irgend welchen spezifischen Symptomen vorliegt. Die Behandlung hat mit der Salvarsanvergiftung zu rechnen, welche vielleicht auf einer besonderen Disposition der Syphilitiker beruht. Bevorzugt wird eine kombinierte Salvarsan-Hg-Kur. An zwei aufeinander folgenden Tagen werden meist drei Injektionen ausgeführt. Bei jeder 0,2—0,3, so daß der Kranke gewöhnlich 0,7—0,8 Salvarsan innerhalb der beiden ersten Behandlungstage erhält. Gleichzeitig wird eine sechswöchige Hg-Kur durchgeführt und mit einer gleichen Salvarsanbehandlung abgeschlossen. Ist die WR in vier Wochen wieder positiv, dann wird noch ein drittes Mal Salvarsan appliziert. Eine Heilung in obigem Sinne trat bei 93% I., bei 85—90% II. und bei 75% III. Lues ein.

18. Über die Anwendung des synthetischen Kampfers in der Dermatologie, von R. KAUFMANN-Frankfurt. Ein Vin. camph. synth. wurde mit Erfolg gegen Ulcus cruris, phagadänischen Schanker, ulzeröse Bubonen und Furunkel angewandt. Bei der äußeren Anwendung ergab sich jedenfalls kein Unterschied im Vergleich mit dem natürlichen.

19. Beitrag zur Kenntnis seltener Nagelkrankheiten, von JAMES STRANDBERG-Stockholm. Im ersten Falle trat die Nagelveränderung im 18. Jahre auf. Die Nagelsubstanz verschmälerte sich von der Matrix nach dem freien Rande zu sich verjüngend. Zwischen dem Nagel und dem Falze lag das stark verhornte Nagelbett frei. Der Nagel hatte an Substanz erheblich zugenommen und erweckte die Ähnlichkeit mit einer Klaue. Beim zweiten Falle sind wie im ersten alle Zehen- und Fingernägel befallen, hier aber von normaler Form, aber von schmutzig grauer Farbe, ungefähr als wenn sie durch anhaltenden Sublimatgebrauch mißfarbig geworden wären. Ein ätiologischer Anhalt war nicht zu gewinnen.

20. Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von HANS LIESKE-Leipzig. Der Verfasser gelangt auf Grund seiner Ausfüh-

Digitized by Google

rungen zu dem Schluß, daß der vom Gesetze betriebene Kampf gegen die wissentlichen Verbreiter der Geschlechtskrankheiten ohne greifbares Resultat enden wird.

Juni 1915, Bd. 22. H. 6.

24. Über einen Fall von Naevus epitheliomatosus sebaceus capitis, von W. Fribors-Rostock. Der Fall betrifft einen 16jährigen Menschen, bei welchem der Nävus angeboren hinter dem Ohre im behaarten Terrain auf der rechten Seite des Schädels saß. Er besteht klinisch in einem flachen, höckrigen, rötlich-gelblich-bräunlichen, aus kleinen, linsengroßen, zum Teil gedellten Papelchen zusammengesetzten Tumor, der keine Neigung zu Wachstum oder maligner Umwandlung hat. Der histologische Aufbau zeigte reichliche große Talgdrüsen und relativ wenig abortive Haaranlagen und Epithelsprossen.

22. Über einen Fall von Pityriasis lichenoides (besser polymorpha) chronica, welcher die drei Typen der Parapsoriasis vereint, von Werther-Dresden. Es werden vier Fälle beschrieben, bei welchen es sich um ein chronisches Exanthem handelt. Eine Abheilungstendenz besteht, aber durch fortwährende Nachschübe wird eine definitive Rückbildung verhindert. Abgesehen von Brennen und Jucken bestehen keine Störungen des Allgemeinbefindens. Das Exanthem befällt den ganzen Körper, an Armen, Händen, Fußsohlen und Ohr symmetrisch und auch die Schleimhaut des Gaumens und der Zunge. Die verschiedenen Formen des Exanthems sind zunächst Knötchen. Gewöhnlich polygonal begrenzt, besitzen sie wachsartigen Glanz, am Rücken gitterartig angeordnet, sind sie oft sehr flach und bilden einen Übergang zu Flecken. Anfangs gelbrot, sinken sie dann ein, werden braun und zeigen das Phänomen der seidenpapierartigen Knitterung der Oberfläche. Sie verschwinden nach Monaten vollständig. An den Fingern imponieren sie nur als schuppende, weizengroße Flecke. Scheiben, in der Größe von 5—10 Pfennigstücken, in regelmäßiger, netzförmiger Anordnung an den Extremitäten, wenig erhaben, nie nässend, glatt kleienförmig abschuppend, ähnelten sie einem psoriasiformen Ekzem. Erythrodermien im Gesicht, am Kopf, Rücken und den Extremitäten bildeten blaurote leicht infiltrierte, zart schuppende, nicht scharf begrenzte Flächen, wobei mitunter am Rande kleinere Elementareffloreszenzen bestehen. Eine Labilität der Blutgefäße äußert sich außer in Brennen und Jucken in starkem Dermographismus, Blutandrang, brennenden Erythemen von kurzer und bläulichen Erythemen von chronischer Dauer. An Händen und Füßen traten Hyperkeratosen, am Körper unregelmäßige Pigmentverschiebungen auf. Die lichenoiden Effloreszenzen werden mit der Zeit durch vollkommen normale Haut ersetzt. Die Erythrodermien hielten sich monatelang, die scheibenförmigen Infiltrate jahrelang, und die Hyperkeratosen hielten sich dauernd. Histologisch ergibt sich eine entzündliche Hyperämie der obersten Hautschichten mit etwas Ödem und Schwund der elastischen Fasern und schließlich Degeneration des Epithels. Zu Anfang daher die Schwellung, später als Folge der Degeneration, Abschuppung und Verdünnung der Oberhaut und des Elastins, die feine Rundung der Oberfläche. Es folgt eine eingehende Besprechung der Differentialdiagnose und Begründung der vom Verfasser vertretenen Auffassung.

23. Ein Beitrag zur Deutung der Herxheimerschen Fasern in der Epidermis, von Elsa Kottmaier-Frankfurt. Die Verfasserin hält die Herxheimersche Faser für ein Stück der Zellmembran, welche unter dem schrumpfenden Einfluß irgend eines Reagenz in Spiralenform sich legt. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Bd. 121, H. 2.

Experimentelle Beiträge zur Dermatomykosenlehre, von INGA SAEVES-Christiania. Die Arbeit beschäftigt sich zunächst mit der Trichophytiekrankheit der Meerschweinchen nach der ersten Inokulation (Inkubationszeit); der zweite Abschnitt mit dem Verhalten bei wiederholten Trichophytieimpfungen beim Meerschweinchen. Weiter werden Versuche, die ABDERHALDENsche Methode zur Erklärung der Immunitätserscheinungen bei der Trichophytie zu verwerten, besprochen. Hierauf folgen Bemerkungen über das Verhalten nicht tierpathogener Myzelpilze auf der Tierhaut. Das folgende Kapitel befaßt sich mit Besprechungen und Versuchen von hämatogenen Trichophytieinfektionen bei Normaltieren, bei Immuntieren, sowie mit der Histologie derselben. Schließlich bespricht der Verfasser noch eine besondere Form beim Menschen, die korymbiforme lichenoide Trichophytie. Während der Inkubationszeit der Meerschweinchentrichophytie (Ach. Quinke und Tr. gips.) sind immer durch Kultur oder mikroskopisch Pilze nachweisbar, die entzündlichen Erscheinungen sind gering, bis durch die sich entwickelnde Überempfindlichkeit die starke „eliminierende" Entzündung zustande kommt. Bei Reinokulation wird eine Modifikation des Verlaufs immer beobachtet, eine wirklich vollständige Immunität nur ausnahmsweise nach häufigen Impfungen, indem es nach verkürzter Inkubation zu einer schnell einsetzenden und ablaufenden Reaktion kam, bei welcher gewöhnlich Pilze vorhanden waren. Der Befund spricht für eine auf der Haut erfolgte Vermehrung. Eine vollkommene Immunität konnte nicht erzielt werden. Nach Ablauf der Reinokulation kommen periphere pilzhaltige Knötchen in korymbiformer Anordnung vor. Die Versuche, im Serum trichophytin-allergischer Menschen nach ABDERHALDEN trichophytinabbauende Fermente nachzuweisen und Untersuchungen mit Substraten aus Meerschweinchenhaut, welche entscheiden sollten, warum manche Pilze für die Tierhaut nicht pathogen sind, führten zu negativen Ergebnissen. Dagegen wurde ein Meerschweinchenblutsubstrat von einer Pilzaufschwemmung des tierpathogenen Trichophyton gipseum stark, von anderen schwach abgebaut. Inokuliertes Trichophyton inquinale und Mikrosporon Audouini ergab noch 10—15 Tage später positive Kulturen, so daß ein rasches Zugrundegehen dieser Pilze nicht vorliegt und auch nicht die Ursache ihrer mangelnden Pathogenität sein kann. Durch intrakardiale Injektion von Pilzsporen gelang es, disseminierte hämatogene Trichophytiehautherde zu erzeugen, welche denen durch Inokulation erzeugten vollkommen glichen und allergische Erscheinungen bewirkten. Die intrakardialen Injektionen führten entweder eine schnelle Abheilung pilzhaltiger Knötchen oder atypische Herde herbei.

Nachtrag zu meiner Arbeit: Beitrag zur Klinik und Pathologie des Pemphigus foliaceus, von JOH. FABRY-Dortmund. Der bereits 1904 publizierte Fall erliegt einem strikturierenden Ösaphaguskarzinom. Sektionsbefund.

Über zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa (großknotige Form der Neurodermitis BROCQ), von JOH. FABRY-Dortmund. Dieser Fall wurde zunächst als Urticaria papulosa perstans gedeutet, indessen die histologische Untersuchung ergab die Zugehörigkeit zu den Neurodermitiden.

Beitrag zur Frage der Basalzellengeschwülste der Haut, von J. KYRLE-Wien. Die Epidermis von Hautpartien, in welchen ein ausgeprägter Follikelapparat vorherrscht, ist in besonderem Maße für zwei Aufgaben geschaffen. Einmal fungiert sie als Deckepithel, und in dieser Eigenschaft muß die Basalschicht Hornsubstanz bilden. Zweitens ist sie die Matrix für postfötale Talgdrüsenbildung, und in dieser Eigenschaft proliferiert sie in drüsenähnlichen Schläuchen, indem sie keine Umbildung ihrer Elemente zu Hornzellen zeigt. Je nachdem die eine oder andere in Tumorwachstum gerät, erhalten wir

Digitized by Google

verhornende Plattenepithelkrebse oder Basalzellentumoren. Hiermit erklärt sich, warum der größte Teil dieser Tumoren im Bereiche des Gesichtes und des Schädels sitzt.

Das Blutbild bei der chronischen und akuten Form des Lupus erythematodes, von Spiethoff-Jena. Beziehungen zum Blutbild bei Tuberkulose.

Knötchenförmige Erkrankung am Helix (Chondrodermatitis nodularis chronica helicis), von Max Winkler-Luzern. Bericht über acht Fälle einer Affektion, welche in Form kleiner bis kirschkerngroßer flacher Knötchen an den prominten Stellen der Ohrmuschel sitzt. Die Konsistenz ist derb, die Ränder leicht erhaben, das Zentrum mit einer fest anhaftenden Kruste bedeckt, von der Farbe der umgebenden Haut und etwas durchscheinend. Nach Entfernen der Kruste zeigt sich eine kleine, scharf begrenzte Ulzeration mit rotem Grunde, etwas unterminierten Rändern. Das Knötchen sitzt fest auf der Unterlage auf und zeigt zeitweise stärkere entzündliche Veränderungen, welche den Patienten Schmerzen bereiten. Sie treten spontan auf und gehen auch wieder von selbst zurück. Histologisch handelt es sich um eine Verbreiterung der Epidermis, mitunter mit gleichzeitiger Hyper- und Parakeratose. In der Kutis Abszeßbildung mit Schwund elastischer Fasern. Am Knorpel Zeichen von Degeneration. Differentialdiagnostisch kommt in erster Linie das Epitheliom in Frage, mit welchem mitunter ziemliche Ähnlichkeit bestehen kann, ferner persistierende Pernionen. (Laien bezeichnen die Veränderung auch als Gichtknoten des Ohres. Ref.) Obwohl die Affektion sich auch von selbst beruhigt, wird therapeutisch die Exzision zur Erzielung eines dauernden Erfolges empfohlen.

Impfversuche an Affen mit dem Gonokokkus Neisser, von John Reenstierna-Stockholm. Affen, welchen sehr gonokokkenreiches Urethralsekret in den Konjunktivalsack eingerieben wurde, blieben ohne jede Reaktion. In gleicher Weise applizierte Kulturen ergaben keine oder nur unbedeutende entzündliche Symptome. Wurden die Kulturen auf einem mit Affenorganextrakt versetzten Substrat gewonnen, so trat bei dieser Behandlung eine lebhafte Konjunktivitis auf, aber keine Vermehrung der Gonokokken.

Ein Fall von Angiokeratoma corporis diffusum, von Gustav Stümpke-Hannover. Der 28jährige Patient hat seit 14 Jahren die Affektion, welche zunächst an der Innenfläche des Oberschenkels auftrat, dann aber auch an verschiedenen Stellen des Körpers. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose.

Zwei beachtenswerte Fälle von Syphilis im Hinblick auf extragenitale Infektion und deren Prognose, von Jean und Else Kottmaier. Es handelt sich um zwei Fälle schweren Verlaufes, wobei der eine zum Exitus kommt, der andere sich erholt. Die Ursache der schweren Symptome soll in einem raschen Eindringen der Spirochäten in die Blutbahn begründet sein. Hierzu dürfte extragenital mehr Gelegenheit gegeben sein wie an den Genitalien. Im ersten Falle fehlte eine Drüsenschwellung, während sie im zweiten vorhanden war. Die Beteiligung der Lymphdrüsen am Kampf gegen die Lues soll den günstigen Ausgang bedingen.

Neurodermitis verrucosa, von C. Kreibich-Prag. Das Leiden betrifft einen 60jährigen Mann, entwickelte sich mit lebhaftem Jucken an den Zehen. am Unterschenkel, in der Unterbauchgegend, am Skrotum und in den Interkruralfalten. Es kam zu einer warzigen Verdickung der Haut mit starker Felderung. Histologisch fand sich eine hochgradige Akanthose über einer entzündlich infiltrierten Kutis.

Keratohyalin, von C. Kreibich. Keratohyalin stammt aus dem Zellkern und wird unter Vermittlung des Nukleolus ausgeschieden. Wahrscheinlich ein Gemisch aus Chromatin und Nukleolin, wird es in seinen färberischen Eigenschaften sowohl durch das Protoplasma als auch durch seine Zusammensetzung beeinflußt. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Dermatologisches Zentralblatt.

1915, 18. Jahrg., Nr. 4—6.

Über vier Fälle von Pityriasis lichenoides chronica, von Willy Cohn-Berlin. Die beobachteten Fälle betrafen sämtlich Männer. Im ersten Fall entwickelte sich der Ausschlag nach einem Seifenbade, mit Ausnahme des behaarten Kopfes war er über den ganzen Körper verbreitet. Der Ausschlag des zweiten Patienten lokalisierte sich auf die Achselfalten, die Extremitäten, die lateralen Rumpfpartien und die Genitalgegend. Ein dritter litt vorher an einem Bubo, welcher operiert wurde, der Ausschlag verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper. Beim vierten bestand die Dermatose seit drei Jahren und war mit Ausnahme des Gesichtes über den ganzen Körper verbreitet. Die Effloreszenzen bestanden aus braunroten bis braungelblichen Flecken oder gleichfarbigen leichtschuppenden Papeln. Die histologische Untersuchung einer solchen ergab eine geringe Verdickung der Hornschicht und um die Gefäße spärliche Rundzelleninfiltrate. Therapeutische Versuche mit Verwendung von Neosalvarsan und Ringerscher Lösung verliefen resultatlos.

Zur Kenntnis der Polyneuritis syphilitica, von A. Pinczower-Kattowitz. Bei dem Patienten wurde im Januar 1911 der Primäraffekt bemerkt, nach $3^1/_2$ Wochen Dolores capitis und Arthritis, sowie geringer Temperaturanstieg. Im März und April dieses Jahres zwei Salvarsan- und zwei Hg-Injektionen, November 1913 ein Gumma der Kniekehle, durch Jodkali beseitigt, September 1914 vereinzelte Hautgummen, 0,3 Neosalvarsan, Oktober Neuralgien beider Arme. Eine hiergegen applizierte Neosalvarsanlösung (0,15) bewirkte eine Steigerung der neuralgischen Schmerzen. Im November besonders Neuralgien im Plexus lumbalis, Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk unmöglich. Eine Besserung wurde mit Chinin und einer Jodthionschmierkur erzielt. Der Verfasser kommt zu folgendem Schluß: wird durch eine Salvarsaninjektion eine Neuritis ausgelöst, so ist von einer Wiederholung der Injektion entschieden abzuraten. Sie führt keine Heilung, sondern Verschlimmerung und Ausbreitung auf noch nicht befallene Nervenstämme herbei. H. Vörner-Leipzig.

Lepra. Bibliotheca internationalis.

Bd. 15, H. 2, S. 63.

3. Neue Untersuchungen über experimentelle Lepra des Kaninchenauges, von R. Stanziale. Material aus Knoten menschlicher Lepra wurde auf die Iris des Kaninchens verimpft. Die Iritis leprosa war vom 3.—5. Monat nach der Impfung gut entwickelt. Die Virulenz war ausdauernd für eine Reihe von Passagen. Die Übertragung auf Nährböden gelang, indem das von der Iritis entnommene Material besonders auf Geloseröhrchen tuberkelbazillenähnliche Kulturen entwickelte. Bezüglich der sonstigen Wachstumsverhältnisse, sowie der mikroskopischen Eigenschaften der stark säurefesten Bazillen kommt Stanziale zu den gleichen Ergebnissen, welche schon Kedrowski 1903 (Ztrbl. f. Bakt.) und 1910 (Ztschr. f. Hyg.) mitgeteilt hat. Der Arbeit sind Abbildungen von Kulturen, von einer Iritis leprosa des Kaninchens im vierten und fünften Monat der Impfung, sowie von Deckglasfärbungen, deren Material aus flüssigen und festen Nährböden stammt, beigegeben. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Prognose der blennorrhoischen Ophthalmie, von J. Hirschberg-Berlin. (Zbl. f. Augenhlk., Juni 1914.) Aus dem im Druck befindlichen Werke Hirschbergs: „Englands Augenärzte" (1800—1850) gibt der Verfasser einen ganz knappen Rückblick über die Prognose der blennorrhoischen Ophthalmie im Vergleiche von damals zu jetzt. Lawrence und andere waren in den Jahren 1840—1845 zu einer Statistik gelangt, in der bei 14 Fällen von blennorrhoischer Ophthalmie neunmal das Sehvermögen verloren ging und dreimal in vermindertem und zweimal in vollem Grade erhalten wurde, d. h. eine Heilung in 15%. Demgegenüber stellen sich die Zahlen, die Hirschberg mit Hilfe von Fehr zusammenzustellen vermochte, so erfreulich, daß gegenüber den 15% Heilungen der alten Ärzte wir nur 17% Verluste hatten. Dieses günstige Resultat haben wir nach Hirschberg der unentwegten örtlichen Behandlung zu danken. Es kam zustande in 71,7% vollkommener Heilung in 11,3% solche mit brauchbarer Sehschärfe, und in 17% mit schlechter Sehschärfe resp. Erblindung. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich nicht ganz fünf Wochen. Die Behandlung selbst besteht bei strenger Bettruhe in Eisumschlägen, in stündlichen, Tag und Nacht fortgesetzten Irrigationen mit Kalium permang.-Lösungen, täglichem kräftigen Pinseln mit 1%iger Arg. nitr.-Lösung und Einstreichen von Atropin- und Lenizetsalbe zum Schutze der Hornhaut. Das andere gesunde Auge wird durch eine Zelluloidschutzkapsel geschützt.

O. Lasch-Breslau.

Zur Immunotherapie der akuten Blennorrhagien, von Paul v. Szily-Budapest. (B. kl. W., 1914, Nr. 24.) Verfasser hat Ophthalmoblennorrhoen sowohl Erwachsener wie Neugeborener durch aktive Immunisierung günstig beeinflußt. Er benutzte Gonokokkenkulturen, die mit dem Serum der Blennorrhoiker, bei Neugeborenen mit dem der Mütter, sensibilisiert waren. Trotz der starken Dosierung (bei allen Fällen fast täglich 1 ccm = sämtliche Keime einer ganzen Kultur) sind die Reaktionen gering gewesen. Der einzige Nachteil war die schmerzhafte Infiltration, die die Einspritzung verursacht, die aber nie zu einer Eiterung kam und binnen 24—48 Stunden zusammenschmilzt.

E. Klemm-Leipzig.

Behandlung der Conjunctivitis blennorrhoica mit Äthylhydrokuprein, von Elena Puscariu. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 17.) Rasche Heilerfolge durch Eintropfen einer 1—2%igen Lösung. W. Lutz-Basel.

Metastatische blennorrhoische Konjunktivitis, von N. Manolescu-Bukarest. (Rev. stiintzelor m., 1913, Nr. 6.) Außer der gewöhnlichen blennorrhoischen Infektion der Konjunktiva, welche durch direktes Übertragen der blennorrhoischen Sekretion auf die Augenbindehaut hervorgerufen wird, existiert noch eine andere Konjunktivitis, die ihr Auftreten demselben pathogenen Keime verdankt, deren Entstehen aber auf endogenem Wege stattfindet. Der nähere Modus dieser Infektionsart ist noch nicht näher bekannt und während einige die betreffende Konjunktivitis auf die Einwirkung der blennorrhoischen Toxine aus dem Blute zurückführen, andere eine gemischte Entzündung annehmen, neigen wieder andere zur Annahme einer direkten blennorrhoischen Metastase hin, analog den Metastasen, die im Laufe der Blennorrhoe im Knie- und anderen Gelenken auftreten. Sicher ist, daß man bei dieser Erkrankung keine Gonokokken im Konjunktivalsekrete findet, obwohl die Möglichkeit, daß solche gegebenenfalls aus dem Subkonjunktivalgewebe in den Bindehautsack auswandern, nicht ausgeschlossen ist.

Digitized by Google

Symptomatisch unterscheidet sich die metastatische blennorrhoische Konjunktivitis von dem akuten Trachom durch die stärkere Beteiligung der Bulbarkonjunktiva, durch den leichteren Verlauf und die geringeren Symptome und gleichzeitiges Bestehen von Gelenkaffektionen. Der Verfasser beschreibt derartige Fälle eigener Beobachtung aus der Bukarester Augenklinik. Die Behandlung bestand in antiseptischen Waschungen und Einträuflungen von Protargol- oder Zincum sulfuricum-Lösung. E. Toff-Braila.

Behandlung der Konjunktivitis blennorrhoica mit Äthylhydrokuprein, von Elena Puscariu-Bukarest. (Semaine méd., 1914, S. 249.) Äthylhydrokuprein ist ein Derivat des Chinins und spezifisch für Pneumokokken. Verfasserin hat es in 2%iger Lösung bei Augentripper angewandt. Bei ganz frischen und bei abheilenden Fällen trat in 3—4 Tagen die Heilung ein. Bestanden die Symptome schon mehrere Tage, so dauerte die Behandlung 10—14 Tage. R. Frühwald-Leipzig.

Iritis und Arthigon, von Hans Kreibich-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 49.) In einer Reihe von Fällen von als blennorrhoisch anzusprechender Iritis, von denen 13 kurz mitgeteilt werden, hat Verfasser Arthigon Bruck intravenös in ziemlich hohen Dosen gegeben und bei völliger Gefahrlosigkeit ganz überraschende Erfolge erreicht. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten vollkommen, auch lokale Steigerung der Entzündung ist nicht nachweisbar gewesen, trotzdem bis zu $2^1/_2$ ccm injiziert wurden. W. Lehmann-Stettin.

Die Blennorrhoe beim Weibe, von R. de Buttler d'Ormont. (Gaz. des hôp., 1913, Nr. 131.) Der Artikel enthält eine allgemeine Übersicht über die Klinik, Diagnose und Therapie des Trippers beim Weibe. A. Gunsett-Straßburg.

Bedeutung und Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe mit besonderer Berücksichtigung des akuten Stadiums, von Emil Lontos-Budapest. (Allg. m. Zztg., 1914, Nr. 1.) Verfasser injiziert bei akuter Urethralblennorrhoe des Weibes jeden zweiten Tag 5%ige Protargollösung. Die Behandlung der Gebärmutterhöhlen geschieht im akuten Stadium durch 1—2 Minuten lange Einführung einer Sängerschen Sonde mit 10%iger Protargollösung. Bei der chronischen blennorrhoischen Endometritis ist besonders vor einem „zu viel" in der Behandlung zu warnen. Verfasser empfiehlt antiseptische Scheidenspülungen und Bepinselungen der Zervikal- und Uterushöhlen mit 10—15%iger Protargollösung. Bei Folgeerscheinungen der Blennorrhoe an Uterus und Adnexen soll man möglichst lange konservativ mit Heißluft und Massage behandeln. O. Valentiner-Leipzig.

Blennorrhoische Krankheiten der weiblichen Genitalien, von Erik Pontoppidan-Kopenhagen. (Ugeskrift för Laeger, 1914, Nr. 9.) Durch vergleichende Untersuchungen konstatiert Verfasser, daß von 303 Fällen von Endometritis blennorrhoica 55 Kranke Salpingitis oder Oophoritis bekamen. a) 157 intrauterin energisch behandelte Endometritische- 27 Salpingitis (= 17,20%); b) 156 nicht intrauterin- 28 Salpingitis (= 19,18%). Von den „relativ" Geheilten (d. h. nach zwei Untersuchungen Gonokokkenfreien) war die Dauer bis zur „Heilung": a) 149 intrauterin Behandelte durchschnittlich 34 Tage; b) 138 nicht intrauterin 32 Tage. Resümee: Die intrauterine Behandlung der blennorrhoischen Endometritiden hat keine erweisliche Bedeutung für die Entstehung von Salpingitis oder andere Adnexerkrankungen; diese kommen in demselben Umfang bei exspektativ Behandelten vor. W. Holland-Kristiania.

Die Verwendung der Gonokokkenvakzine bei blennorrhoischen Frauenleiden, von Ernst Runge. (B. kl. W., 1913, Nr. 43.) Verfasser stellt die Anschauungen der einzelnen Verfasser zusammen und kommt selbst zu folgenden Schlußfolgerungen: in bezug auf den diagnostischen Wert der Gonokokkenvakzination schwanken die Meinungen noch sehr. Fast mag es scheinen, als fänden sich mehr Feinde als Anhänger. Der

Digitized by Google

therapeutische Wert der Vakzination scheint dagegen kein schlechter zu sein. Die Vakzination bedeutet einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiet der konservativen Behandlung blennorrhoischer Adnexentzündungen. Keinen Erfolg hat die Vakzination anscheinend nach den Erfahrungen aller Verfasser bei akuten Prozessen der Urethra, der Zervix und des Corpus uteri. G. Heymann-Elbing.

Über Vakzinebehandlung der Blennorrhoe und blennorrhoischen Komplikationen beim Weibe, von T. J. Holmström. (Finska Läkare sällsk. Handlingar, Bd. 56, August 1914.) Verfasser gibt zuerst eine kurze Übersicht der Resultate, zu denen man mit verschiedenen Seris und Vakzinen bei Blennorrhoe gekommen ist. Er hat selbst in 60 Fällen von chronischer Blennorrhoe und damit in nächstem Zusammenhange stehenden Komplikationen bei Frauen die Vakzinewirkung geprüft. Hierzu hat er sich des Arthigons, des Gonargins, sowie eines englischen Vakzinepräparates bedient. — Er ist zu der Auffassung gelangt, daß die Gonokokkenvakzine mit bestem Resultate auf subakute und chronische blennorrhoische Adnexerkrankungen, danach auf subakute und chronische Zervizitis, und in dritter Reihe auf subakute und chronische Endometritis einwirke. Äußerst unsicher, wenn überhaupt festzustellen, sei der Einfluß auf subakute und chronische blennorrhoische Urethritis. Auf schwere blennorrhoische Komplikationen im nächsten Zusammenhange mit dem genitalen Leiden und bei blennorrhoischer Arthritis scheine die Vakzine einen durchaus nicht so unbedeutenden Einfluß zu haben; wegen zu weniger Fälle kann Verfasser doch hier keine entschiedene Meinung äußern. Was die verschiedenen Präparate angeht, scheint es als ob keins den Vorzug vor dem anderen verdiene. Zuletzt schlägt Verfasser vor, daß man Autovakzinen benutzen sollte, indem er glaubt, hierdurch noch bessere Resultate erreichen zu können. W. Holland-Kristiania.

Erfahrungen mit dem Antigonokokkenvakzin von Nicolle und Blaizot, von P. Bar und Lequeux. (Bull. méd., 1913, Nr. 100.) Verfasser haben ausgezeichnete Resultate bei blennorrhoischer Salpingitis gesehen. Ein Kind mit Ophthalmie war in zwei Tagen geheilt. Das Mittel ruft keine üblen Nebenerscheinungen hervor. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Frage über die Behandlung der chronischen blennorrhoischen Salping-Oophoritiden durch intrauterine Injektionen von Argentamin, von N. A. Mussatow. (Zbl. f. Gynäkol., 1913, Nr. 40.) Die von Zweifel empfohlene intrauterine Injektion 2%igen Argentamins wirkt auf die chronische blennorrhoische Adnexitis durch Hervorrufung einer aktiven Hyperämie der ganzen inneren Geschlechtssphäre. Die Erfolge sind sehr zufriedenstellend. Eine chirurgische Hilfeleistung war nur in 5,5% (7% bei Zweifel) nötig. O. Valentiner-Leipzig.

Ionisierungsverfahren bei venerischen Erkrankungen, von A. Savill-London. (Brit. m. J., 14. Febr. 1914.) Zu dem Artikel von Connell bemerkt Verfasserin in einer kurzen Mitteilung, daß sie bei früherer Gelegenheit schon auf den Wert der Ionisierungsmethode bei blennorrhoischer Erkrankung der Harnröhre beim Weibe und des Zervikalkanals hingewiesen hat; sie zitiert einen besonders beachtungswerten, von ihr in dieser Weise erfolgreich behandelten Fall. A. Philippi-Salzschlirf.

Blennorrhoe und blennorrhoische Komplikationen bei einem Säugling, von F. Reinhard-Düsseldorf. (M. m. W., 1914, Nr. 9.) Einem Ehepaar, das vom Verfasser eine Zeitlang wegen zweifelloser Blennorrhoe der Harnröhre, resp. der Scheide und Bartholinitis behandelt worden war und nach Beseitigung der subjektiven Beschwerden und des Ausflusses sich der weiteren Beobachtung entzogen hatte, wurde rechtzeitig ein kräftiges, anscheinend ganz gesundes Kind geboren. Die mit Argentum nitricum nach Credé behandelten Augen blieben dauernd gesund, aber am zwölften Lebenstage

Digitized by Google

wurde Verfasser gerufen, weil sich aus dem Penis des Kindes Eiter entleert hatte. Im weiteren Verlauf entwickelten sich Komplikationen in Gestalt einer typischen Epididymitis erst der einen, dann, gelinder, der anderen Seite; schließlich trat eine heftige Entzündung eines Kniegelenks hinzu, und das Kind starb nach eben vollendetem ersten Lebensmonat. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Behandlung der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum, von Max Strassberg-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 25, S. 889.) Zur Verwendung kamen einmal Brucks Artigoninjektionen und zwar intramuskulär, und außerdem die von dem gleichen Verfasser empfohlene Kaviblenstäbchentherapie. Die erste erwies sich für den Anfang der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum unzweckmäßig, im späteren Verlaufe dagegen schien sie wirksamer zu sein. Die Kaviblentherapie brachte in manchen Fällen Sekretion und Gonokokken bald zum Schwinden, in anderen konnte sie die fortwährend auftretenden Rezidive nicht verhindern. H. Vörner-Leipzig.

Über die Prognose der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum, von B. Pontoppidan-Kopenhagen. (Hospitalstidende, 1915, Nr. 4.) Der Verfasser hat sämtliche im kommunalen Krankenhaus, 4. Abteilung, seit 1896, und im Rudolf Berghs-Krankenhaus seit 1906 behandelten Fälle (zusammen 779) als Unterlage benutzt. Von Komplikationen fanden sich: Bartholinitis 24 mal, Proktitis 10, Blennorrhoea neonatorum 7, Arthritis 7, Salpingitis 5 und Endometritis 1 mal. Im Laufe der letzten 7 Jahre hat Verfasser Nachrichten über 79 Kranke (22%) erhalten. Von 318 Kranken, die in den Jahren 1907—1913 eine abgeschlossene Behandlung erhalten hatten, ist die große Mehrzahl nur einmal eingelegt worden, 43 zweimal, 6 dreimal, 1 viermal und 3 fünfmal. Die weit überwiegende Zahl der Kranken stammt aus der sozial am schlechtesten gestellten Bevölkerung. Das Alter schwankt zwischen wenigen Monaten und 14 Jahren, mit dem Maximum im zweiten Jahre. Die Behandlung bestand wesentlich aus Silberpräparaten (Lapis, Protargol u. a.). Der Verfasser kommt zu dem Resultat, daß die Krankheit gewöhnlich mit dauernder Heilung endet und daß man nicht annehmen darf, das Leiden werde in das höhere Alter geschleppt. W. Holland-Kristiania.

Vakzinetherapie der blennorrhoischen Vulvovaginitis, von W. R. Jack. (Glasgow m. J., August 1913.) Verfasser hat bei sechs Kindern mit Vulvovaginitis Injektionen einer polyvalenten Gonokokkenvakzine angewendet; die Dosis betrug 5—7—10—20 Millionen Gonokokken, ja sogar bis 120 Millionen. Die Resultate sind aber nicht sehr ermutigend. Dreimal wurde in $2^1/_2$—3 Monaten Heilung erzielt; bei den anderen blieb der Zustand nach 2,5 monatlicher und längerer Behandlung ungeheilt. Besserung wurde allerdings in jedem Falle erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Vulvovaginitis kleiner Mädchen mit Gonokokkenvakzine, von Comby und Condat. (Bull. méd., 1914, Nr. 37.) Verfasser haben 15 Fälle von Vulvovaginitis, einen Fall von blennorrhoischer Peritonitis, einen von Ophthalmie und einen von Urethritis bei einem kleinen Knaben mit der Nicolleschen Vakzine behandelt. Es wurden jedesmal 1—1,5 ccm Vakzine in 2 ccm Kochsalzlösung injiziert; die Reaktion war meist sehr gering, die Injektionen wurden zwei- bis dreimal wöchentlich wiederholt. Nach 5—10 Injektionen waren die Vulvovaginitiden geheilt; bei den oben erwähnten Fällen war auch eine günstige Wirkung zu verzeichnen. Es zeigt sich, daß die Vakzine nicht nur auf die Komplikationen, sondern auch auf die Schleimhauterkrankungen wirkt. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe im Kindesalter, von R. Hamburger-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 15.) Verfasser berichtet über die Erfolge einer bei 21 Kindern im Alter von 0—13 Jahren planmäßig durchgeführten Vakzinebehandlung, die im großen ganzen zu negativen Resultaten führte. Verwendet wurden die käuf-

Digitized by Google

lichen Gonokokkenvakzinen (Arthigon, Sächs. Serumwerke, selbstgezüchtete Stämme), aber keine Autovakzine. Zahl der Injektionen 6—10. Intravenöse Injektionen wurden nach einigen Versuchen wegen der sehr intensiven Reaktionen aufgegeben. Bei intramuskulären Injektionen blieb die Reaktion in mäßigen Grenzen. Das Blutbild ergab direkt nach der Injektion Hypoleukozytose, 6—8 Stunden später erhebliche Hyperleukozytose. Der Gonokokkengehalt des Ausflusses blieb unverändert. Eine Heilung der Vulvovaginitis durch Vakzinebehandlung ist also nicht zu erreichen.

Glombitza-Dresden.

Die blennorrhagischen Osteopathien, von Gangolphe. (Lyon méd., 1913, Nr. 46.) Im Namen von Bertein berichtet Verfasser über drei Fälle von blennorrhoischer Knochenerkrankung. Es werden drei Formen unterschieden: 1. einfache Periostitiden, 2. hypertrophische Osteoperiostitiden, 3. akute blennorrhoische Osteomyelitis. Die ersten bestehen in einer einfachen entzündlichen Schwellung des Periosts. Bei den zweiten kommen die Läsionen an den kleinen Knochen (Exostosen des Kalkaneus usw.), sowie an den langen Knochen vor; bei letzteren ist das Mißverhältnis zwischen palpabler Knochenverdickung und radiographisch erkennbarer Läsion bemerkenswert. Die Osteomyelitis kommt öfter vor als man glaubt; sie lokalisiert sich manchmal in der Nähe früherer Gelenkentzündungen. Sie kann aber auch primär vorkommen und das Gelenk später befallen. R. Frühwald-Leipzig.

Die blennorrhoischen Knochenveränderungen, von P. Bertein. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 19.) Ein didaktischer Aufsatz ohne neue Tatsachen. A. Gunsett-Straßburg.

Arthritis blennorrhagica, von Mauclaire-Paris. (Bolletino d. Clin., Nov. 1913.) Aus Le progrès médical, 1913, Nr. 31, übersetzt. E. Rossen-Wiesbaden.

Wirkung der Gonokokkenvakzine auf die chronische blennorrhoische Arthritis, von V. P. Sémionov. (Presse méd., 1914, Nr. 15.) Die polyvalente Gonokokkenvakzine wirkt beim Tripperrheumatismus spezifisch. Nach der Injektion tritt eine Fiebersteigerung auf, die eine Differenzierung von nicht-blennorrhoischen Arthritiden gestattet. Die Schmerzen hören auf, und nach längerem Gebrauch wird die Temperatur normal; Fieber ist keine Kontraindikation gegen die Injektionen. Als unangenehme Nebenwirkungen müssen verstärkter Urethralausfluß und Durchfälle angesehen werden; die Gonokokken in ersterem verschwinden nicht. Zur Heilung der chronischen Arthritis, die 6—10 Wochen in Anspruch nimmt, sind 8—20 Injektionen nötig; diese werden erst in Abständen von 4—6, später von 6—7 Tagen gemacht. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der blennorrhoischen Gelenkerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Sero- und Vakzinotherapie, von Th. Gramenitzky-Petersburg. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 89, H. 2 u. 3.) Die Hyperämiebehandlung ist ein wirkungsvolles Mittel bei blennorrhoischen Gelenkentzündungen; in akuten und subakuten Fällen wirkt passive, in chronischen aktive Hyperämie besser. Die Immunisationstherapie bedingt gute Resultate. Die aus Immunisation und Hyperämie kombinierte Therapie ergibt besonders gute Resultate, sie wirkt selbst bei veralteten chronischen Fällen von blennorrhoischer Arthritis. Die Wirkung der Vakzine auf Urethritis ist eine sehr scharfe. Von 35 an blennorrhoischer Arthritis und Urethritis leidenden und mit Vakzine behandelten Männern wurden in 15 Fällen Gonokokken bei der Entlassung gefunden. W. Chrzelitzer-Posen.

Behandlung der blennorrhoischen Arthritiden mit Vakzine von Besredka, von Florand. (Semaine méd., 1914, S. 324.) Sechs Fälle von mono- und polyartikulärem Tripperrheumatismus wurden mit Vakzineinjektionen in 3—4 Wochen geheilt. Bei einem Kranken mit akuter Urethritis schwand der Ausfluß durch die Behandlung.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus und der Epididymitis mit der sensibilisierten Antigonokokkenvakzine (Methode von Besredka), von Dopter. (Soc. méd. des hôp., 24. Okt. 1913.) Bei einem Patienten mit akuter blennorrhoischer Arthritis des rechten Knies und der Fußgelenke war eine Injektion von Antigonokokkenvakzine nach 24 Stunden von einem beinahe vollständigen Verschwinden der Schmerzen und der Gelenkschwellungen gefolgt. Eine zweite Injektion brachte die Schwellungen vollständig zum Verschwinden. Bei chronischen Fällen ist die Heilung eine viel langsamere und erheischt eine große Anzahl von Injektionen. Auch bei Epididymitis verschwanden die Schmerzen schon nach 24 Stunden, während die Schwellung in 2—3 Tagen bis auf eine kleine knopfförmige Anschwellung des Nebenhodens zurückgingen.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis nach der Bierschen Methode, von A. C. Wilson. (Brit. m. J., 15. Nov. 1913.) Nach seinen bei sechs mit Stauungshyperämie behandelten Fällen von Epididymitis gemachten Erfahrungen bezeichnet Verfasser diese Methode als eine eminent wirksame therapeutische Akquisition, welche die sonstige Behandlungsdauer auf ungefähr die Hälfte der Zeit reduziert. Akute Fälle erfordern allerdings besondere Vorsicht. So konnte ein Patient mit frischer Nebenhodenentzündung nur eine halbstündige Stauung vertragen, während bei chronischen Fällen die Stauung durchschnittlich zwei Stunden im Tage fortgesetzt wurde, und ein Patient dieselbe bis zu einer achtstündigen Dauer vertrug. Besonders hervorgehoben wird das prompte Nachlassen der Schmerzen am erkrankten Organ, sobald die hyperämisierende Wirkung deutlich hervortritt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Deferenitis blennorrhagica ohne Epididymitis, von A. Marziani. (Morgagni, 9. August 1914.) Ein 22jähriger Patient mit Tripper wurde nach einer selbstgemachten Harnröhrenirrigation von heftigen Schmerzen in der rechten Leiste befallen. Es trat Fieber, Erbrechen, Durchfälle, Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomens auf. Bei der Untersuchung ließ sich der Samenstrang als zweidaumendicker, derber, drehrunder Strang zwischen Nebenhoden und äußerem Leistenring tasten. Hoden und Nebenhoden waren völlig normal. Rasche Heilung durch Vakzinetherapie. Das Verschontbleiben von Hoden und Nebenhoden ist äußerst selten und daher im vorliegenden Falle bemerkenswert.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur chirurgischen Behandlung des Nebenhodentrippers, von Charles G. Cumston. (Rev. Suisse rom., 1914, Nr. 7.) Die Inzision, welche nur in Narkose ausgeübt wird, besteht in einem 4—5 cm langen Schnitt. Dieser wird auf der äußeren Kante des Nebenhodens durch die Skrotalhaut geführt. Darauf sondiert man den Raum zwischen Hoden und Nebenhoden, bis man auf den Eiterherd gelangt, nach dessen Entleerung man einen drainierenden Verband anlegt.. Nach zwei Tagen Bettruhe wird die Drainage entfernt, und mit einem einfachen Verbande kann der Patient jetzt ambulant weiterbehandelt werden.

H. Vörner-Leipzig.

Über blennorrhoische Granulationen, von G. Stümpke-Linden. (M. m. W., 1914, Nr. 28.) Vor einigen Jahren hat Klingmüller über eigentümliche, hahnenkammförmige, blaßrote oder blaurötliche Wucherungen berichtet, welche sich am Damm und um den Anus herum bei blennorrhoisch infizierten Weibern finden. Des öfteren finden sich dabei auch ziemlich ausgiebige Ulzerationen. Andeutungen über ähnliche Beobachtungen sind nur spärlich in der Literatur vertreten. St. hat im Laufe von etwa $^3/_4$ Jahr sechs derartige Fälle in der Frauen-Abteilung des Dermatologischen Stadtkrankenhauses beobachtet und führt deren Entstehung auch auf die Einwirkung von Gonokokken zurück. Bei allen seinen sechs Kranken fanden diese sich im Zervikalkanal und in der Urethra. Eine Rektalblennorrhoe war allerdings nur in zwei Fällen vorhanden, was

Digitized by Google

nicht ganz in Übereinstimmung steht mit der Tatsache, daß die Wucherungen vorwiegend in der Umgebung des Afters anzutreffen sind. Daß die Wucherungen den primären Vorgang darstellen, scheint daraus hervorzugehen, daß diese sich wohl ohne Geschwüre, nicht aber umgekehrt Geschwüre ohne Wucherungen vorkamen. Die histologische Untersuchung der Wucherungen ergibt ein diffuses, zellreiches Entzündungsgewebe mit Leukozytenherden durchsetzt, das vielfach bis an die Epidermis heranreicht und auch letztere vielfach zu Wucherungen veranlaßt. Außerdem fiel der gesteigerte Gefäßreichtum der der Epidermis unmittelbar angrenzenden Gewebsschichten des Koriums auf. Viele der Gefäße waren thrombosiert. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Hyperkeratosis blennorrhoica, von Lange-Berlin. (D. m. W., 1914, Nr. 10.) Am interessantesten von den Komplikationen der blennorrhoischen Allgemeininfektion sind wegen ihrer ausgesprochenen Seltenheit die Hyperkeratosen. Verfasser schildert zunächst die beiden Hauptformen Baermans: 1. ein disseminiertes, auf den ganzen Körper verteiltes Exanthem, 2. ein mehr konglomeriertes auf Hände und Füße, hier vornehmlich auf die Zehen und Finger bzw. deren Nägel lokalisiertes Exanthem und beschreibt dann einen selbst beobachteten Fall, bei dem die Hyperkeratose an den Fußsohlen mit Bevorzugung der Zehen, des Ballens und Hackens auftrat. Gonokokken wurden in den Hyperkeratosen nicht gefunden, zur Beseitigung der letzteren hat sich die Behandlung mit Alkoholumschlägen als günstig erwiesen. Haller-Dresden.

Benigne blennorrhoische Endokarditis, von Auguste Blind-Paris. (Scientifica, 1914, Nr. 74.) Verfasser wurde zu einem Patienten mit leichtem Tripper gerufen, der plötzlich von Schüttelfrost befallen worden war. Er fand hochgradige Blässe und ein systolisches Geräusch über allen Ostien, am stärksten an der Aorta. Die Temperatur stieg nie über 37,4° rektal; der Schüttelfrost wiederholte sich nur am folgenden Tage. Das Herzgeräusch nahm in den nächsten Tagen konstant ab und war vom siebenten Tage an verschwunden. Der Patient erholte sich rasch und wurde nur nach stärkeren Bewegungen von Herzklopfen befallen. Verfasser bringt das systolische Geräusch mit einer blennorrhoischen Endokarditis in Zusammenhang, da er den Patienten seit Kindheit kennt und frei von anderen Ursachen weiß. Die Tachykardie dürfte durch eine zurückgebliebene Myokarditis bedingt sein. R. Frühwald-Leipzig.

Pyelonephritis durch Gonokokken verursacht, von Gayet. (Lyon méd., 1914, Nr. 20.) Der 30jährige Patient litt seit sechs Wochen an starker Pyurie und Hämaturie; bald gesellten sich außerordentlich heftige Schmerzen in der linken Seite hinzu. Der Kranke war sehr herabgekommen, und man dachte an Nierentuberkulose. Die Ureterensondierung ergab nun links einen stark eitrigen Urin, der massenhaft Gonokokken enthielt. Heilung durch drei Nierenbeckenspülungen. R. Frühwald-Leipzig.

Exakte Diagnose blennorrhoischer Stomatitis, von J. B. Stein-New York. (M. Record, 9. Aug. 1913.) In der Mundhöhle finden sich eine ganze Reihe Kokken, die den Gonokokken unter Umständen ähnlich sehen können, so daß die genaue Unterscheidung, ob wirklich Gonokokken vorliegen, nur auf Grund genauester kultureller Untersuchung zu stellen ist. Verfasser führt allein acht verschiedene Diplokokken auf mit ihren morphologischen und kulturellen Verschiedenheiten. Er legt besonders Wert darauf, die Kulturen auf Zuckeragarnährboden von Lingelsheim anzulegen, da je nach der Anwesenheit einer der aufgeführten Kokkenarten Dextrose-, Lävulose- oder Maltosefermentation hervorgerufen wird. W. Lehmann-Stettin.

Ein Symptom der beginnenden Urethritis posterior, von Emil Seger-Aussig. Prag. m. Wschr., 1914, Nr. 20.) Verfasser will in mehreren Fällen als erstes Symptom einer beginnenden Urethritis posterior eine vorher nicht bestehende, aber plötzlich eintretende psychische Hemmung des Harnentleerungsaktes beobachtet haben. Patienten, die dieses

Digitized by Google

Phänomen darboten, sind dann im Verlauf ihrer blennorrhoischen Erkrankung regelmäßig an Urethritis posterior, bzw. Prostatitis erkrankt. E. Klemm-Leipzig.

Behandlung der blennorrhoischen Zystitis mit Virusvakzine von Besredka, von Louis Cruveilhier. (Bull. méd., 1913, Nr. 100.) Ausgezeichnete Erfolge bei Patienten, bei denen eine Argentuminstillation unmöglich war. R. Frühwald-Leipzig.

Über die Anwendung des Blennotin bei Blennorrhoe, von Hirschberg-Fichtenau. (Ärztl. Vrtlj.-Rdsch., 1914, Nr. 2.) Das Präparat wird in Gelatinekapseln verabreicht, welche pro Stück 0,16 g Ol. Santali, 0,2 g Myrrhae, 0,2 g Camphorae, 0,12 g Hexamethylentetramin, 0,11 g Borsäure und 0,2 g Champignonextrakt enthalten. Die Wirkung, welche an einer Reihe von Krankengeschichten demonstriert wird, entspricht der Zusammensetzung des Mittels. H. Vörner-Leipzig.

Behandlung der Blennorrhoe mit Joddämpfen, von J. Odstrčil-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 34.) Das Jod wurde in statu nascendi (nach Jungengel gewonnen) in die vordere Harnröhre mittels eines Kautschukrohrs, in die mittlere Partie mittels eines Metallzylinders und in den hinteren Abschnitt mit dem Guyonschen Katheter eingeführt. Akute Fälle eignen sich für diese Behandlung erst dann, wenn das Sekret spärlich und schleimig oder serös geworden ist; besser geeignet sind subakute und chronische Fälle. Doch heilte auch von diesen nur der geringere Teil unter der Behandlung mit Joddämpfen allein aus; in der Mehrzahl der Fälle mußte der Verfasser zu den alten Behandlungsmethoden zurückgreifen; dieselben werden durch die Joddämpfebehandlung günstig ergänzt. Jodtinktur ist zur Behandlung ungeeignet, da das Lösungsmittel des Jods (Alkohol, Benzin, Azeton) die Schleimhaut reizt.

G. Mühlstein-Prag.

Verschiedenes.

Prof. Karl Posselt, Direktor der Klinik für Haut- und syphilitische Krankheiten in München, tritt von seiner Lehrtätigkeit zurück. Mit seiner Vertretung ist der Direktor der dermatologischen Poliklinik im Reisingerianum, Prof. Leo v. Zumbusch, welcher bis vor kurzem die Hautabteilung des k. u. k. Reservespitales Olmütz geleitet hat, betraut worden.

Dem k. u. k. Regimentsarzte Priv.-Doz. Dr. Walter Pick-Wien, Redakteur des Archivs für Dermatologie und Syphilis, wurde die Leitung der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am k. u. k. Reservespital Olmütz übertragen.

Dr. Robert D. Fletcher wurde zum Lektor für Urologie an der University of Manitoba in Winnipeg (Canada) ernannt.

Marinestabsarzt Dr. Fritz Veiel-Cannstatt hat das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten.

Der Oberarzt d. Res. des 9. k. u. k. Dragoner-Reg. Dr. Hans Katz, Sekundararzt der dermatologischen Klinik von Prof. Riehl in Wien, ist in Galizien gefallen.

Dr. John Patrick McGowan, konsultierender Dermatolog und Urolog am French-Hospital in New York, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

31. Juli 1915 | Nr. 31 | Band 61

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

I. Teil.

Es gibt eine ganze Reihe von Hautreaktionen, d. h. Arten, wie die Haut auf verschiedene Reize antwortet. Wir können sie in zwei Gruppen einteilen, erstens in die Gruppe der subjektiven und zweitens in die Gruppe der objektiven Reaktionen. In die erste Gruppe gehören alle Empfindungen, die der Mensch mit seiner Haut aufzunehmen vermag, also die Tast-, Schmerz-, Juck- und Temperaturempfindung. Wir nehmen an, daß für alle diese Empfindungen in der Haut besondere nervöse Einrichtungen, besondere Organe existieren, von denen jedes einzelne nur zur Aufnahme bestimmter, also für das betreffende Organ spezifischer Reize befähigt und mit dem Zentralnervensystem durch besondere Nervenfasern verbunden ist. Wenn demnach eine subjektive Reaktion entstehen soll, muß ein Reiz besonderer Art, ein für diese Reaktion spezifischer Reiz auf die Haut einwirken. Die Mehrzahl dieser supponierten Organe ist uns bis jetzt noch nicht bekannt. Wir vermögen bis jetzt noch nicht mit Sicherheit zu sagen, welcher Empfindung, welcher Reaktion die verschiedenen, in der Haut gelegenen Nervengebilde dienen. Nichtsdestoweniger müssen wir notgedrungen solche Organe annehmen, weil es sicher ist, daß die Haut eines jeden gesunden Menschen auf bestimmt geartete, also spezifische Reize stets nur mit einer bestimmten subjektiven Reaktion, mit der Hervorrufung einer ganz bestimmten Empfindung antwortet.

Von den objektiven Reaktionen sind anzuführen: die Hypersekretion des Schweißes, die Hypersekretion des Talgs, die entzündliche und die urtikarielle Reaktion. Jede derselben ist charakterisiert durch das Auftreten eigentümlicher, mit dem Gesicht oder eventuell auch mit anderen Sinnesorganen wahrnehmbaren Veränderungen an der Haut, die mit absoluter Sicherheit und Regelmäßigkeit bei jedem gesunden Menschen entstehen, wenn auf seine Haut ein Reiz bestimmter Art, also ein für die betreffende Reaktion spezifischer Reiz einwirkt. Die Verhältnisse

Digitized by Google

sind also, wie man sieht, ganz analog jenen bei den subjektiven Reaktionen. Deswegen müssen wir auch notgedrungen annehmen, daß ein jeder Mensch in seiner Haut einen Apparat besitzt, der, wenn er durch einen spezifischen Reiz erregt wird, die Entwicklung jener charakteristischen objektiven Veränderung der Haut besorgt. Demnach muß in ihr eine Vorrichtung existieren, die nur die Hypersekretion des Schweißes besorgt, ferner eine besondere Vorrichtung für die Hypersekretion des Talgs, eine besondere Vorrichtung, durch deren Tätigkeit an der Haut entzündliche Effloreszenzen entstehen und schließlich auch eine ganz besondere Vorrichtung für die Entstehung der Urtikariaquaddel und der dieser verwandten Effloreszenzen. Der Apparat für die Schweiß- und Talgreaktion ist uns vollständig bekannt. Wir wissen, daß es die Schweiß- und Talgdrüsen sind, die, wenn sie durch bestimmte, eigentümliche, also spezifische Reize erregt werden, mit der Hypersekretion des Schweißes resp. Talgs antworten.

Unsere Kenntnisse über die entzündliche Reaktion sind in dieser Richtung sehr lückenhaft und jene über die urtikarielle Reaktion durchaus ungenügend. Und doch geht aus dem Gesagten hervor, daß auch für diese Reaktionen ähnliche Verhältnisse existieren dürften, wie sie bei den übrigen Hautreaktionen bereits festgestellt sind. Lassen sie sich doch bei einem jeden gesunden Menschen durch bestimmte, charakteristische Reize hervorrufen, also durch Reize, für deren Aufnahme in der Haut eine entsprechende Vorrichtung, ein entsprechendes Organ vorhanden sein muß.

Mit diesen Reaktionen, speziell mit der entzündlichen, haben sich zahlreiche Autoren schon seit jeher befaßt. Wir verfügen auch bereits über mehrere Erklärungen der einen und anderen Reaktion, doch blieb keine einzige ohne Widerspruch und wir kommen auch mit keiner einzigen für alle Fälle aus. Der Grund liegt darin, daß die pathologischen Veränderungen, die sich im Gewebe bei der einen oder anderen Reaktion vorfanden, von den einzelnen Autoren verschieden bewertet wurden, was natürlich nach dem jeweiligen Stand der gerade herrschenden physiologischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse geschah.

Wenn wir mit den bisherigen Erklärungen nicht auskommen, müssen wir nach neuen suchen. Ein Fortschritt ist auf zwei Wegen zu erzielen. Erstens durch Entdeckung neuer Erscheinungen, welche die betreffende Reaktion begleiten, und zweitens durch eine neue Bewertung schon bekannter Symptome nach dem gegenwärtigen Stand unserer physiologischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse. Eine ganze Reihe von zeitgenössischen Autoren arbeitet bereits auf dem erstgenannten Wege. Bahnbrechend wirkte hier Unna mit seinem Bestreben nach

Digitized by Google

detailliertem Studium des sogenannten entzündlichen Infiltrats. Bei uns meldete sich zur Mitarbeit auf diesem Gebiet Trýb, mit seinem Vortrag auf dem V. Kongreß tschechischer Naturforscher und Ärzte in Prag (1914).

Ich möchte den zweiten Weg einschlagen und eine neue Bewertung der Symptome versuchen, welche die entzündliche und urtikarielle Reaktion begleiten. Ist dies möglich? Haben sich unsere physiologischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse in der letzten Zeit derart verändert, daß eine neue Bewertung der die eine oder andere Reaktion begleitenden Erscheinungen nicht bloß möglich, sondern auch von Nutzen wäre? Gelangen wir durch diese neue Bewertung zu einer neuen Anschauung über die entzündliche und urtikarielle Reaktion? Ich will den Beweis versuchen, daß alle diese Fragen bejahend beantwortet werden können.

Die entzündliche Reaktion.

Die entzündliche Reaktion wird von einer Reihe lokaler Symptome begleitet, die klinisch und pathologisch-anatomisch wohl charakterisiert sind. Einige derselben spielen sich an den Blutgefäßen ab, andere in dem umgebenden Gewebe. Von den letzteren nehmen wir an, daß auch sie zum großen Teil von den Blutgefäßen abhängen, zum Teil aber auch von den elementaren Bestandteilen des die Blutgefäße umgebenden Gewebes, von den Zellen des betreffenden Gewebes und vielleicht auch von der Interzellularsubstanz. Zu den letzteren Veränderungen gehört namentlich das sogenannte kleinzellige entzündliche Infiltrat. Lange Zeit begnügten wir uns mit dieser Bezeichnung — kleinzelliges Infiltrat — und mit der Annahme, dasselbe sei teils hämatogenen, teils histogenen Ursprungs. In der letzten Zeit wurde das kleinzellige Infiltrat dank der Vervollkommnung der histologischen und Färbungsmethoden ein Forschungsgebiet, das zu neuen Untersuchungen lockte. Wir haben hier nun sehr große Fortschritte zu verzeichnen. Wir wissen jetzt, daß das kleinzellige Infiltrat eine Kollektivbezeichnung für Zellelemente verschiedener Art ist. Eine ganze Reihe dieser Elemente wurde bereits determiniert. Für manche derselben wurde der Beweis erbracht, daß sie von großer diagnostischer Bedeutung sein können. Aber trotz alledem sind wir noch nicht sehr weit gekommen. Nicht einmal so weit, daß wir mit Sicherheit entscheiden könnten, welche Typen dieses Infiltrat von den Blutgefäßen und welche vom Gewebe abstammen, und daher um so weniger so weit, daß wir sagen könnten, warum in dem entzündlichen Infiltrats einmal dieser, ein andermal jener Zelltypus stärker vertreten ist; ob die Ursache hierfür im Reiz oder im gereizten Gewebe gelegen ist. Das sind lauter Zukunftsprobleme. Ohne deren Lösung ist aber an eine Bewertung dieser Komponente der entzündlichen Reaktion nicht zu denken. Bleibt also nur

Digitized by Google

die andere Komponente übrig: die entzündlichen Veränderungen an den Blutgefäßen. Wenn wir aber nicht alle entzündlichen Veränderungen bewerten können, hat es dann einen Sinn, bloß die Bewertung der an den Blutgefäßen sich abspielenden Erscheinungen zu versuchen? Ich glaube, wohl. Sind doch diese Erscheinungen gewiß das primäre und fundamentale und sicherlich ein den Gewebsveränderungen zumindest gleichwertiges Moment bei dem entzündlichen Prozeß. Sind doch schon die alten klassischen klinischen Erscheinungen der Entzündung: rubor, tumor, dolor und calor zum überwiegenden Teil durch von den Blutgefäßen abhängige Veränderungen bedingt. Die bisherige Bewertung der entzündlichen Erscheinungen bezieht sich auch zum überwiegenden Teil auf diese Veränderungen. Es dürfte sich also lohnen, sich eventuell mit diesen allein näher zu befassen.

Die entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen beginnen mit einer Erweiterung der Gefäße, mit Überfüllung derselben mit hellrotem Blut und mit Beschleunigung des Blutstromes. Bald aber verlangsamt sich der letztere und in den Kapillargefäßen häuft sich eine beträchtliche Menge weißer Blutkörperchen an, besonders an den Wänden. Sodann beginnt aus den Kapillaren eine reichliche Menge Flüssigkeit und weißer Blutkörperchen auszutreten. Es kommt zur entzündlichen Exsudation.

Mit der Erklärung dieser Erscheinungen haben sich schon sehr viele Autoren befaßt. Da ich nicht die Absicht habe, eine Geschichte der Lehre von der Entzündung zu schreiben, will ich nicht in pragmatischer Weise auseinandersetzen, wer über diesen Gegenstand geschrieben, wo und wann er dies getan hat, sondern will mich nur auf die gegenwärtig herrschende Anschauung beschränken. Die einen, z. B. Török, Philippson, Jarisch, leiten diese Erscheinungen von der direkten Wirkung irgend einer, die Blutgefäßwände reizenden Substanz ab, also von einer direkten Reizung oder Schädigung der Gefäße von außen oder aus dem Blute. Andere, mit Kreibich an der Spitze, beziehen sie auf eine Reizung der vasomotorischen Nerven. Vor einigen Jahren kam es zwischen beiden Lagern zu einem Zusammenstoß in Form einer schönen literarischen Debatte, doch ging keine der beiden Parteien als Siegerin hervor. Beide Ansichten leiden an ernsten Mängeln. Es gibt Fälle, für welche nur die eine der beiden Theorien zur Erklärung der entzündlichen Erscheinungen paßt, während die andere dazu vollständig ungeeignet ist. Bei anderen Fällen verhält es sich gerade umgekehrt. Eine ausschließende Berechtigung ist also weder der einen, noch der anderen Theorie zuzusprechen. Man könnte daher glauben, es wäre am besten, wenn wir uns, was sich auch sonst schon in der Medizin bewährt hat, auf einen Kompromißstandpunkt stellen und sagen, daß beide Erklärungen richtig

Digitized by Google

und möglich sind. Aber auch dieser Standpunkt ist unhaltbar. Der schlagendste Beweis dafür ist die Tatsache, daß weder die eine, noch die andere Theorie die bei der Entzündung der Hornhaut, also eines gefäßlosen Gewebes auftretenden Erscheinungen zu erklären vermag. Wir wissen, daß Entzündungen der Hornhaut häufig nach Verletzungen entstehen, die sie irgendwo in ihrer Mitte erlitten hat. Wie kann man hier von einer direkten Reizung der Gefäßwände der Blutgefäße sprechen, wenn in der Hornhaut Gefäße überhaupt nicht vorkommen? Aber auch mit der angioneurotischen Theorie lassen sich die entzündlichen Erscheinungen der Hornhautentzündung nicht erklären. Wir wissen ja, daß von der Peripherie der Hornhaut zahlreiche neugebildete Gefäßchen in den entzündeten Teil der Hornhaut eindringen, die, sobald die Entzündung aufgehört hat, sofort wieder verschwinden, was ein Beweis dafür ist, daß sie nur für Zwecke der Entzündung gebildet wurden und daß diese Gefäßneubildung eine ebenso wesentliche Erscheinung der Hornhautentzündung darstellen, wie die übrigen Veränderungen. Aber so intensiv ist die Wirkung der vasomotorischen Nerven sicher nicht, daß sie eine Neubildung von Gefäßen hervorrufen könnte. Also auch diese Erklärung genügt nicht zur befriedigenden Erklärung aller die Hornhautentzündung begleitenden Erscheinungen. Gegen die angioneurotische Erklärung gibt es aber noch andere sehr ernste Bedenken. Zunächst ist es noch niemandem gelungen, obzwar es schon viele Forscher vorsuchten, experimentell durch ausschließliche Reizung der vasomotorischen Nerven eine Entzündung hervorzurufen. Zweitens hat noch keine klinische Beobachtung bisher diese Theorie sicher und unwiderleglich bestätigt. Im Gegenteil. Denn wenn es wahr wäre, daß, wie sich Kreibich die Entstehung der Entzündung angioneurotisch vorstellt, eine leichte Reizung der vasodilatatorischen Bahnen eine Hyperämie, eine stärkere Reizung aber Durchlässigkeit der Gefäßwände für das Blutplasma und eine stärkste Reizung eine Durchlässigkeit der Gefäßwände auch für korpuskuläre Elemente zur Folge hat, indem der Reiz die Blutgefäße entzündlich schädigt, dann müßten wir bei unzweifelhaft echten angioneurotischen Erscheinungen doch wenigstens hier und da eine Steigerung derselben zu entzündlichen Erscheinungen beobachten. Und das war bis jetzt nicht der Fall. Das Erythema pudendi, die angioneurotischen Erytheme bei Meningitis usw. blieben immer nur Erytheme. Hier könnte man eventuell einwenden, daß, wenn es möglich wäre, den Reiz zu verstärken, auch bei diesen reinen Angioneurosen ein Übergang zur Entzündung stattfinden würde. Diese Einwendung ist an diesem Beispiel zwar schwer zu widerlegen. Aber wir kennen eine andere vitale Erscheinung rein angioneurotischen Ursprungs und das ist die Erektion

Digitized by Google

des Penis. Und wir kennen auch einen Zustand, in welchem die Reizung der entsprechenden, die Erektion besorgenden Nerven so intensiv ist, daß die Erektion wochenlang andauert und daß die Spannung in den Gefäßen so hochgradig ist, daß sie dem Kranken beträchtliche Schmerzen verursacht — Priapismus — und dennoch entwickelt sich daraus nichts anderes. Die Gefäße werden nicht einmal für Plasma durchgängig, geschweige denn für zellige Elemente. Nicht eine Spur von entzündlichen Erscheinungen stellt sich dabei ein. Demnach bestätigt auch die Klinik, daß selbst die stärkste Reizung der vasodilatatorischen Bahnen nicht imstande ist, eine entzündliche Reaktion hervorzurufen. Allerdings hat Kreibich den Beweis erbracht, daß die entzündliche Reaktion auf dem Wege der Nervenbahnen hervorgerufen werden kann, und hat damit die Theorie von der direkten primären Läsion der Gefäßwände erschüttert; dies hat übrigens auch schon Bärensprung getan, indem er die Ursache des Herpes zoster in einer Erkrankung der Spinalganglien entdeckte; aber die Beweise Kreibichs dafür, daß er eine Entzündung durch Reizung vasomotorischer Nerven hervorgerufen habe, sind nicht so überzeugend, als es notwendig wäre, um die oben erwähnten Einwendungen gegen die angioneurotische Theorie von der Entstehung der Entzündung zu entkräften, nämlich die Unmöglichkeit, experimentell durch ausschließliche Reizung vasomotorischer Bahnen eine Entzündung hervorzurufen, ferner die Erfahrungen bei klinisch reinen vasomotorischen Erscheinungen und schließlich das Phänomen der Aussendung neugebildeter Blutgefäße zu dem Herd, wo sich die Entzündung abspielt. Wir stehen also auf dem Standpunkt, daß zur Erklärung der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen weder die eine, noch die andere der angeführten Theorien genügt. Ja, es ist nicht einmal möglich, an diesen Theorien selbst dann festzuhalten, wenn man einen Kompromißstandpunkt einnimmt, den nämlich, daß die entzündlichen Erscheinungen einmal durch direkte Läsion der Gefäßwände durch irgend ein Reizmittel, ein andermal durch Läsion der Gefäßwände durch eine gesteigerte direkte oder reflektorische Reizung der vasomotorischen Bahnen hervorgerufen werden könne. Die Entzündungserscheinungen an der Hornhaut vermag keine der beiden Theorien zu erklären. Zur Erklärung dieser muß man sich nach einer anderen Theorie umsehen. Da man aber doch nicht annehmen kann, daß sich die Entzündungserscheinungen bei verschiedenen Geweben nach verschiedenen Gesetzen abspielen, weil dies mit allen unseren biologischen Erfahrungen in krassem Widerspruch stände, bleibt nichts anderes übrig, als die beiden herrschenden Theorien über das Wesen der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen überhaupt zu verlassen und beide Theorien für unhaltbar und unmöglich zu erklären.

Digitized by Google

Wie bereits angedeutet, gingen die beiden erwähnten Theorien aus unserer Anschauung über die den Blutkreislauf beherrschenden und regulierenden Kräfte hervor. Wenn uns demnach diese Theorien nicht befriedigen können, muß sich der Gedanke aufdrängen, daß damit auch die Anschauung über die den Blutkreislauf regulierenden Kräfte, aus der die Theorien ja hervorgegangen sind, einen Stoß bekommen müsse. Wenn der Schluß eines logischen Urteils unhaltbar wird, muß an der Richtigkeit der Prämissen gezweifelt werden. Durch unsere Erwägungen über die Theorien der Entzündung schlagen wir eine Bresche in die Anschauung über die den Blutkreislauf regulierenden Kräfte. Aber keineswegs in unsere heutige Anschauung, sondern in jene, auf deren Grundlage jene Theorien aufgebaut worden waren. Diese Anschauung ist aber heute so sehr erschüttert, daß an ihrer Richtigkeit gezweifelt wird und daß in den modernen Lehrbüchern der Physiologie bereits die Grundlage zu einer absolut neuen Ansicht niedergelegt ist. Wir tragen demnach durch unsere Ausführungen nur zur Unterstützung jener Forscher bei, die auf diesem Gebiete bereits neue Bahnen eingeschlagen haben. Wir haben bewiesen, daß die bisher geltende und von diesen Forschern bekämpfte Lehre über die Kräfte des Blutkreislaufes die entzündlichen Erscheinungen nicht zu erklären vermag und stellen uns auf ihre Seite, indem wir behaupten, daß sie richtig handeln, wenn sie lehren, daß man sich nach einer neuen, besseren Anschauung umsehen müsse.

(Fortsetzung folgt.)

Lucien Jacquet †.

In Lucien Jacquet hat die dermatologische Wissenschaft einen der bekanntesten und charakteristischsten Vertreter der französischen Schule verloren, und es geziemt sich wohl, seinem Wirken in dieser Zeitschrift einige Zeilen der Erinnerung zu widmen.

Jacquet ist aufgewachsen in der Schule und in den Anschauungen des großen Altmeisters Besnier. Das Charakteristische dieser Schule ist auch seinem wissenschaftlichen Wirken stets und bis ans Ende deutlich eingeprägt geblieben: es ist das die tiefe und immer wieder ausgesprochene Überzeugung vom inneren Zusammenhang der Hautleiden mit den Störungen innerer Organe und des gesamten Stoffwechsels. Unter diesen mannigfachen Zusammenhängen hat sich Jacquet einen zum besonderen Studium auserkoren und immer wieder bearbeitet, nämlich die Beeinflussung und Bedingung mancher Dermatosen durch die Nervenfunktion. Wir verdanken Jacquet vortreffliche Untersuchungen über Entstehung von Prurigo und Pruritus, die zum Teil für die Erkenntnis dieser Krankheiten bahnbrechend gewirkt haben. Seine sehr ausgedehnten, mühsamen klinischen und experimentellen Untersuchungen auf diesem Gebiete gehören heute noch zu den allerwichtigsten und werden die Grundlage für weitere Forschungen

Digitized by Google

auf diesem leider jetzt so vernachlässigten Gebiete bilden. Seine Anschauungen und Erfahrungen sind in glänzender Weise zusammengefaßt in der Pratique Dermatologique, in den beiden Kapiteln Prurigo und Störungen der Hautsensibilität. Eine der Abhandlungen Jacquets betrifft die Derm. papulosa infantum, deren nichtsyphilitische Natur er, im Gegensatz zu Parrot, als Erster nachgewiesen hat.

Eine sehr große Anzahl von Arbeiten Jacquets aus dem letzten Jahrzehnt betrifft die Pathogenese der Alopecia areata, und der jüngeren Generation mag der Autor wohl am meisten und nicht zu seinem Vorteil von dieser Seite her bekannt sein. Jacquet hat sich außerordentlich bemüht, die inneren Ursachen dieses Leidens aufzudecken, zuerst durch ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen, dann durch seine bekannte nervöse Theorie der Entstehung dieser Krankheit. Wenn auch der kritische Beurteiler seiner Auffassung der Alopecia areata als Trophoneurose (syndrome réflexe odontopathique ou néodentaire) nicht durchaus zu folgen vermag, so ist doch auch hier sein Bestreben, verborgene Zusammenhänge der Organe und Organsysteme aufzudecken, anerkennenswert. Nicht unerwähnt bleiben dürfen ferner die histologisch-chemischen Untersuchungen Jacquets über Vernix caseosa, Heredo-Seborrhoe und Akne foetalis (erschienen 1905 in den Annales). In den letzten Jahren hat sich Jacquet auch viel mit therapeutischen Problemen beschäftigt. Er hat auf die Bedeutung der Magendarmstörung infolge unrichtiger Nährungsweise auf die Entstehung von Hautleiden wiederholt und energisch aufmerksam gemacht und in seiner „bio-kinetischen" Behandlung neue Wege zur Heilung gewisser Dermatosen angegeben. Auch über die Wirkung des Salvarsans bei Syphilis verdanken wir ihm einige Mitteilungen. Eine große Menge kleinerer Mitteilungen und Abhandlungen findet sich zerstreut in den Annales de Dermatologie, in den Sitzungsberichten der französischen dermatologischen Gesellschaft und in anderen Zeitschriften. Ein Hauptverdienst ferner, in das sich Jacquet mit Besnier und Brocq teilt, ist die Herausgabe des großen französischen Sammelwerkes La Pratique Dermatologique.

Jacquet ist in seinen wissenschaftlichen Forschungen und Publikationen eigene und oft sehr originelle Wege gegangen. Wenn auch vieles von dem, was er gefunden und publiziert hat, durch den Fortschritt der Wissenschaft modifiziert werden wird, so wird sein Andenken doch fortleben als das eines Gelehrten, der sich stets bemüht hat, das Spezialfach von einer allgemeineren Warte aus zu sehen und zu ergründen.

Br. Bloch-Basel.

Fachzeitschriften.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

März 1915.

Xeroderma pigmentosum infolge von heftiger Sonnenbestrahlung, mit Bericht über zwei Fälle, von William Thomas Corlett-Cleveland. Von den zwei Fällen betraf der eine ein 3jähriges Kind, das infolge langdauernder Einwirkung heißen Sommersonnenscheins auf der linken Gesichtshälfte und dann allmählich über das ganze Gesicht, weniger stark am Nacken, Vorderarmen und Handrücken verbreitet, sommersprossenähnliche Flecken und in der Folge rote, leicht schuppende Haut aufwies. Es traten dann drei bis vier taubeneigroße Exkreszenzen auf (am linken Augenlid und an den linken Schläfen), wovon eine (am Lid) degenerativen Charakter annahm und sich zu einer ausgesprochen bösartigen Epithelialgeschwulst umwandelte und zum Tode führte. Der zweite Patient war ein 70jähriger Mann, der bei starkem Sonnenschein leicht

Digitized by Google

Sommersprossen bekam und dessen Haut außerdem an den unbedeckten Stellen Schuppung und schließlich hornartige Gebilde zeigte. In beiden Fällen schien ererbte Neigung oder Prädisposition, welche durch gewisse Strahlen des Sonnenspektrums in Wirksamkeit gesetzt wird, eine höchst wahrscheinliche Rolle zu spielen. Mit vollem Recht warnt daher C. vor der jetzt so beliebten, aber oft so unterschiedslos angewandten Sonnenbestrahlung (Sonnenbäder), die bei Kindern ganz besonders schädlich wirken kann.

Urticaria pigmentosa, speziell in bezug auf seine Histologie, von Frank Crozen Knowles-Philadelphia. Im Anschluß an fünf selbst beobachtete Fälle, von welchen zwei wenige Monate nach der Geburt und die drei anderen im Alter von zwei bis zehn Jahren sich entwickelten, bespricht K. besonders eingehend die Histologie dieser Hautaffektion und kommt zu folgenden Schlüssen: dieselbe sollte vollständig von der Urtikaria abgetrennt werden, da Verlauf, Symptome und vor allem das histologische „Mastzellen"-Bild sie von ihr verschieden gestaltet. Eine angeborene Abnormität der Haut ist offenbar in Fällen von Urticaria pigmentosa durch den Befund an Mastzellen, der bei den mit diesem Hautleiden Behafteten auch in klinisch normalen Hautstellen sich ergab, erwiesen. Eine angeboren abnorme Haut wird daher viel eher angegriffen als eine normale, und irgend ein Toxin, das möglicherweise für eine normale Haut nicht schädlich sein kann, spielt offenbar eine ursächliche Rolle bei diesem Leiden. Die Natur des Giftes oder der Weg, wodurch es einwirkt, ist noch unbekannt.

Purpura annularis teleangiectodes, von George M. Mac Kee-New York. (Fortsetzung; Schluß folgt.)

April 1915.

Purpura annularis teleangiectodes, von George M. Mac Kee-New York. (Schluß.) In dieser zusammenfassenden Arbeit, die zum Schlusse noch eine kurze Beschreibung aller bisher veröffentlichten Fälle bringt, kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Purpura annularis teleangiectodes ist vermöge ihrer klinischen, morphologischen und histologischen Eigenschaften, die keiner anderen Dermatose gleichen, ein Krankheitsbild für sich. Diese klinischen Charakteristika sind linsenförmige, hellrote Flecken, an welchen, besonders peripher, dunkelrote hämorrhagische Punkte sich entwickeln und die zentrifugal sich vergrößern; das Zentrum wird allmählich pigmentiert und vielleicht atrophisch, und ein ringförmiges Gebilde ist entstanden. Der ganze Entwicklungsgang ist ein langsamer, sechs Monate bis zu einem Jahr und mehr erfordernd. Die Eruption kommt immer an den Unterextremitäten, gelegentlich auch an Oberextremitäten und Rumpf vor. Die Krankheit kann in drei Stadien eingeteilt werden: 1. teleangiektatisches, 2. hämorrhagisch-pigmentäres und 3. atrophisches. Die hauptsächlichen histologischen Veränderungen sind: Endarteritis und Endophlebitis obliterans, welche in den Gefäßen des Hypoderms beginnen und allmählich die Kapillaren des ganzen Derma einschließen. Der Verschluß wird durch eine Proliferation der Intima oder Schwellung der Media oder beides verursacht; die Adventitia spielt keine wichtige Rolle bei dem Prozesse. Mäßige perivaskuläre Lymphozyteninfiltration ist gewöhnlich vorhanden. Schließlich kommt es zu hyaliner Degeneration der Blutgefäße mit Bildung kleiner aneurysmatischer Aussackungen, sekundärer Ruptur, Hämorrhagie und Pigmentierung und späterhin Ödem, Atrophie und Degeneration in Epidermis, Derma, Hypoderma und Adnexen. Die Ätiologie ist unbekannt, aber es wird ein Toxin angenommen, das direkt auf die Gefäßwand oder indirekt durch das Nervensystem einwirkt. Syphilis und Tuberkulose sind beinahe sicher auszuschließen. Der vom Verfasser beobachtete Fall ähnelt beinahe in jeder Einzelheit der klassischen, von Majocchi gelieferten Beschreibung, mit Ausnahme des Fehlens von follikulärer Infiltration, der Rückfälle und der epidermalen Exkoriation.

Digitized by Google

Ein Fall von allgemeinem kongenitalem Keratoderma mit ungewöhnlicher Lokalisation an Augen, Ohren, Nasen- und Mundschleimhäuten von FREDERICK S. BURNS-Boston. Der Fall betraf einen 16jährigen Knaben, der völlig taub und teilweise blind, aber sonst physisch gut entwickelt war. Nach der Eltern Angabe waren die ersten Hautveränderungen bei dem Patienten im Alter von etwa einem Jahr vorhanden und nahmen allmählich bis zum Alter von zehn Jahren stetig zu, um dann ihren Höhepunkt zu erreichen und in den letzten sechs Jahren an Intensität abzunehmen. Die Dermatose ist allgemein über den Körper verteilt, zeigt aber spezielle Vorliebe für die Beugeflächen von Knien, Händen und Füßen und das Gesicht. Der Typus derselben ist abnorme Verhornung, welche aber an den verschiedenen Körperstellen von dornenartigen Gebilden (behaartem Kopf und Nacken), bis zu ausgesprochener Hautverdickung (an Händen, Füßen und Gesicht) wechselt. Die Abschuppung von den Oberflächen ist eine geringe. In Fortsetzung der Erkrankung an Nasen- und Orbikulargegend dehnt sich der Krankheitsprozeß auf die Lippen, Mund- und Nasenschleimhaut aus und bietet hier eine trockene, oberflächliche Verdickung, welche klinisch dem Bilde der Leukoplakie ähnelt. Der Rumpf ist frei mit Ausnahme von unregelmäßigen, handtellergroßen, hornigen Infiltraten an den Gesäßen. Der Zustand an den Unterextremitäten entspricht genau jenem an den Oberextremitäten, ist ebenfalls symmetrisch und endet an den Knien. Die Fußnägel zeigen in noch höherem Maße wie die der Hände das Bild der Dystrophie und Deformität. Die Behandlung des Falles war eine hygienisch-allgemeine, interne (Schilddrüsenextrakt) und lokale (mit Salizylseifenpflaster, allgemeinen Einreibungen von Salizylöl), schien aber wenig Erfolg zu haben. Der Fall ist ein Beispiel angeborener Hyperkeratosis, auch Ichthyosis genannt, und sollte in eine Klasse mit Hautabnormitäten, wie Naevi keratoides, rubriziert werden; die angegebenen Schleimhautveränderungen sind ebenso selten wie jene an Augen und Ohren.

Die Alopezia bei Hypothyreosis, von DOUGLAS W. MONTGOMERY-San-Francisco. Fehlende oder verminderte Absonderung der Schilddrüse kann bekanntlich zu Veränderungen in der Haut und deren Anhangsorganen führen, und zwar sind dies in Kürze Myxödem, Trocken- und Rauheit der Haut, besonders des behaarten Kopfes, Trockenheit und Ausfall der Haare, Akroparästhesien, Dystrophie der Nägel. Der von M. hier beschriebene Fall betraf einen 41jährigen Mann, bei dem in Verbindung mit Myxödem seit etwa zwei Jahren die Haare, besonders am Hinterhaupt, immer dünner und trockener wurden, stellenweise ausfielen und außerdem eine Schilddrüse nicht nachweisbar war. Die Medikation bestand in innerlicher Darreichung von Schilddrüsenextrakt (0,3 g pro Tag) und lokaler Behandlung des behaarten Kopfes mit Teer und Schwefel, und der Erfolg war ein so vorzüglicher, daß nach acht Monaten der Haarausfall wieder völlig behoben war.

Lupus erythematosus diffusus, unter Mißerfolg mit Tuberkulin behandelt, von A. RAVOGLI-Cincinnati. Der Fall betraf eine 24jährige Frau, bei welcher die Moroprobe positiv war und seit etwa vier Monaten gleichzeitig mit dem fast über das ganze Gesicht verbreiteten Hautleiden Lungentuberkulose bestand. Nach anfänglicher allgemein tonischer und lokaler Behandlung ward mit Tuberkulin ($^1/_{100}$ mg) begonnen, aber es stellte sich hohes Fieber danach ein und 14 Tage später tödliches Ende, das für R. unzweifelhaft auf die einzige Tuberkulininjektion zurückzuführen war. Er möchte daher für immer auf das Tuberkulin als therapeutisches Mittel verzichten, wenn es auch als diagnostisches sicher von gewisser Bedeutung bleiben kann.

Dermatitis bullosa, durch den Bacillus coli verursacht, von ALFRED POTTER-Brooklyn. Bei der 22jährigen Patientin trat etwa einen Monat nach der Entbindung im Anschluß an einen epileptiformen Anfall ein scharlachähnliches Erythem an Armen

Digitized by Google

und Gesicht mit leichter Schwellung und Empfindlichkeit (auf Druck) auf; gleichzeitig waren Übelkeit, Erbrechen und allgemeine Schwäche vorhanden. Das Erythem verschwand in 3—4 Tagen von den Armen, blieb aber am Gesicht bestehen; Blasen bildeten sich nun an beiden Händen, Vorderarmen und Ellenbogen. Mund und Rachen waren normal, ebenso Herz und Lungen, auch die Unterleibsuntersuchung ergab keine Besonderheiten. Im Verlaufe der zweiten und dritten Woche wurde Patientin immer schlechter, der typhusähnliche Zustand (mit Fieber bis 39,5°) hielt an, die Widalsche, wiederholt vorgenommene Reaktion war negativ, die Blasen verbreiteten sich auf Schultern, Gesäß und Gesicht, wobei die alten abtrockneten und an anderen Stellen neue auftraten. Reinkulturen aus dem Blute und alle anderen bakteriologischen Befunde waren negativ mit Ausnahme der Kulturen aus den Blasen, welche einen Bazillus von der Art des Bacillus coli ergaben. Von der vierten Woche an allmähliche Besserung und nach weiteren 14 Tagen völlige Heilung. Die Behandlung bestand in allgemein tonischer und Anwendung von Antovakzine, beginnend mit 50 Millionen und jeden vierten Tag um ebensoviel bis auf 250 Millionen steigend. Vielleicht könnte vorliegender Fall, wie P. glaubt, die Ätiologie der „Blasen" -Krankheiten einigermaßen klären, wenn auch die beschriebenen Befunde nichts absolut Beweisendes an sich haben dürften.

Die Dermatitis der Pellagra, von Thomson Frazer-Asheville. Nach Frazers Erfahrung ist die häufigste Hautlokalisation der Pellagra Handrücken und Vorderarme, Nacken und Brustbein und ihr Hauptcharakteristikum symmetrische Verteilung mit ziemlich scharfer Abhebung von der gesunden Haut. Der Beginn ist ein Erythema mit geringer Schwellung, nicht unähnlich einem Sonnenbrand, später gesellen sich auch Bläschen hinzu. Unter Anführung von drei derartig typischen Fällen weist Verfasser noch darauf hin, daß das Vorhandensein eines so streng symmetrisch geformten Ausschlages der beschriebenen Art einiges Licht auf manche, in ihrer Ätiologie oft so dunkeln Fälle von Dyspepsie, Diarrhoe oder „Neurasthenie" werfen könnte.

M. Stern-München.

Actas dermo-sifiliográficas.

4. Jahrgang, Nr. 4 (April bis Mai 1914).

1. Spätformen der Syphilis congenita, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Verfasser bringt die ausführlichen Krankengeschichten von 14 Fällen von Erbsyphilis bei Erwachsenen. Er weist auf die große Häufigkeit der hereditären Syphilis, speziell der Spätformen, hin. Er betont auch, wie oft diese Spätformen nicht richtig diagnostiziert und infolgedessen falsch behandelt würden.

2. Skarlatiniformes Erythem merkuriellen Ursprungs, von J. Sanz de Grado. Ein Patient mit Tripper und Nebenhodenentzündung bekam in einer Apotheke gegen letztere eine Quecksilber-Belladonnasalbe. Es entwickelte sich dann auf einer dreieckigen Region mit der oberen Bauchfalte und den Leistenbeugen zu Seiten ein Ausschlag; dieser besteht aus großen, roten Herden, wie beim Scharlach. An einigen Stellen bestehen einige kleine, isolierte, erythematöse Effloreszenzen; auf den Lenden finden sich kleine Bläschen und Purpuraflecken. Der Kranke klagt über allgemeines Unwohlsein, fiebert aber nicht.

3. Talalgia et Metatarsalgia syphilitica, von M. Forns. Die 21jährige Prostituierte litt seit $^1/_2$ Jahre an Kopf- und Gelenkschmerzen, die ohne Erfolg antirheumatisch behandelt wurden. Bei ihrer Aufnahme fanden sich heftige Schmerzen in der Ferse und in der Metatarsophalangeallinie. WR negativ. Da gleichzeitig Tripper bestand, wurde das Leiden für blennorrhoisch gehalten und mit Nicollescher Gonokokkenvakzine behandelt. Allein es trat keinerlei Effekt ein. Die nunmehr wiederholte WR

Digitized by Google

ergab positives Resultat. Die Kranke wurde darauf mit Neosalvarsan, Quecksilber und Jod behandelt, wodurch die Schmerzen ganz bedeutend gebessert wurden. Die Talalgie und Metatarsalgie ist also im vorliegenden Falle syphilitischer Natur gewesen; auf diese Ätiologie muß neben Blennorrhoe stets geachtet werden.

4. Zwei Fälle von Erysipel mit Ammoniumkarbonat geheilt, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Es handelte sich um ein Erysipel nach einer Warzenfortsatzaufmeißelung bei einer Frau und um ein äußerst heftiges Erysipel bei einem Manne mit Gesichtsekzem. Beide Patienten bekamen zweistündlich einen Eßlöffel einer 4%igen Ammoniumkarbonatlösung; in wenigen Tagen war das Erysipel geheilt.

5. Ausgedehnter Hautdefekt durch Anwendung der Bleiplatte geheilt, von Antonio Ledo. Die Patientin hatte auf der Streckseite des linken Unterarmes und auf dem Handrücken ein großes Geschwür von entzündlichem Charakter, mit grauweißen Granulationen, saniösem Belage und abgehobenem Rande. Es hatte sich aus einer diffusen Phlegmone nach einer infizierten Wunde entwickelt. Verfasser behandelte den Substanzverlust mit methodischer Adaption einer Bleiplatte und Kompression durch einen Verband. Nach etwa acht Monaten war eine lineare, größtenteils glatte Narbe erzielt worden; die Beweglichkeit des Armes war relativ gut.

6. Große vegetierende Warze mit Kohlensäureschnee behandelt, von A. Ledo. Der 67jährige Kranke hat im Gesicht und am Rücken zahlreiche fettige Warzen. Eine davon, auf dem rechten Schulterblatte, ist allmählich bedeutend in die Höhe und Breite gewachsen; sie ist schwammig, dunkelbraun, weich, gefurcht, höckrig papillomatös. Auf der Oberfläche finden sich einige kleine, schmerzhafte, leicht blutende Ulzerationen. Nachdem die ganze Oberfläche abgekratzt worden war, wurde Kohlensäureschnee durch drei Sekunden fest aufgedrückt. In elf Sitzungen war das Gebilde beseitigt.

7. Naevus angiomatosus mit Kohlensäureschnee behandelt, von A. Ledo. Das vier Monate alte Kind hatte über der rechten Augenbraue einen tumorartigen Naevus angiomatosus. Durch viermalige Anwendung von Kohlensäureschnee wurde der Naevus bis auf geringe, glatte Pigmentierung beseitigt.

8. Operative Inokulation eines syphilitischen Schankers, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Eine Frau ließ sich eine Talgzyste im Gesicht operieren; die Wunde schloß sich nicht, wurde größer und bildete sich schließlich zu einem typischen Primäreffekte mit regionärer Drüsenschwellung aus. Heilung durch Neosalvarsan und Quecksilber.

Einem anderen Kranken wurde das Zungenbändchen durchtrennt; die Operationswunde entwickelte sich zu einem harten Schanker.

Die Infektion mit Syphilis bei operativen Eingriffen erfolgt durch den Arzt, wenn er floride syphilitische Erscheinungen hat, oder durch Instrumente, wenn sie vorher bei Syphilitikern gebraucht worden waren. Deshalb muß sich jeder florid syphilitische Arzt von der Behandlung offener Wunden fernhalten; die Instrumente müssen sorgfältigst sterilisiert werden. Verfasser glaubt aber auch, daß in den öffentlichen Polikliniken sehr oft Syphilis übertragen werde, da ein Arzt Syphilitiker und Nichtsyphilitiker promiscue behandle. Es sollten daher in den Polikliniken die Syphiliskranken abgesondert werden.

Nr. 5 (Juni bis Juli 1914).

1. Ursachen und Prophylaxe der Vulvoperinealfisteln, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Abgesehen von Entbindungen, Dammrissen usw. sind die Ursachen der Vulvoperinealfisteln: Bartholinitis, weicher Schanker und Syphilis, wenn die Läsionen phagedänisch werden. Bei Bartholinitis entsteht die Fistel von innen nach außen, bei den beiden anderen Erkrankungen von außen nach innen. Die Fisteln bieten alle dasselbe

Digitized by Google

Aussehen: eine enge, eingezogene Öffnung, durch die nur eine dünne Sonde hindurchgeht; ein enger, meist geradliniger, epidermisierter Gang von verschiedener Länge. Sie enden meist blind, oder sie gehen in die Bartholinsche Drüse oder das Rektum. Die Fisteln machen an und für sich keine Symptome; erst wenn sich Komplikationen einstellen, werden die Patienten aufmerksam. Jene sind: Phlegmonen, Lymphangitis und -adenitis, Cellulitis pelvica usw. Die Behandlung muß vor allem prophylaktischer Natur sein; die Krankheiten, die zu Fisteln führen können, müssen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Ist die Fistel einmal etabliert, kann sie nur chirurgisch behandelt werden.

2. Die Vakzinetherapie bei blennorrhoischen Adnexerkrankungen, von E. Mañuelo Villapadierna. Verfasser hat blennorrhoische Adnexerkrankungen mit verschiedenen Vakzinen, meist aber mit Gonargin, behandelt. Er hat ausgezeichnete Resultate bei chronischen Erkrankungen, die gegen die übrigen Behandlungsmethoden resistent waren, erhalten. Wenn auch die Vakzineinjektionen allein wirksam sind, so ist es doch zweckmäßig, sie mit den übrigen Methoden (Ruhe, Wärme usw.) zu kombinieren. Bei sehr alten Adnexerkrankungen, bei denen es zur Bildung von reichlich Bindegewebe und zur Verziehung der Bänder gekommen ist, leistet die Vakzine natürlich ebensowenig wie die anderen Methoden. Bei Erkrankungen, deren Ätiologie zweifelhaft ist, kann eine Vakzineinjektion wertvolle diagnostische Dienste leisten.

3. Syphilitischer Schanker des Zahnfleisches, von J. Sanz de Grado. Der 30jährige Kranke hat am Zahnfleische des Oberkiefers in der Mitte eine große, scharf umschriebene Ulzeration mit schmutzigweißem Grunde. Spirochäten positiv. Gleichzeitig besteht ein papulöses Syphilid, Kopf- und Knochenschmerzen. Heilung durch Neosalvarsan und Quecksilber.

4. Lupus tuberculosus mit Heliotherapie und Aurum-Kalium cyanatum behandelt, von E. A. Sáinz de Aja. Die 26jährige Patientin leidet an einem ausgedehnten Lupus am linken Arme, rechten Unterarme, Knie, Ober- und Unterschenkel. Die Herde sind von verschiedener Größe, bestehen aus dicht gedrängten, stark elevierten, roten Knötchen; sie heilen im Zentrum ab und schreiten peripher weiter. Die linke Oberextremität und die rechte Schulter sind in ganzer Ausdehnung befallen. Der Herd am Oberschenkel wurde exstirpiert, die am Knie, Unterschenkel und rechten Arm gründlich ausgekratzt; der linke Arm wurde mit Heliotherapie und Aurum-Kalium cyanatum behandelt. Es wurden im ganzen 200 Sonnenbäder in einer Gesamtdauer von 198 Stunden und 1,8 Zyangold in 60 Injektionen verabreicht. In sechs Monaten wurde fast völlige Heilung erzielt; nur an den Rändern bestehen noch einige lupöse Herde.

5. Syphilis in einer Familie, von M. Forns. Eine 36jährige Frau nahm ein Findelkind an die Brust, das Papeln im Munde, am Anus und Skrotum hatte. Die Frau akquirierte vier Primäraffekte an der rechten Brust, bekam Drüsenschwellung, Roseola, Genitalpapeln. Weder bei ihr noch bei dem Kinde wurde die Krankheit erkannt und behandelt. Acht Monate später bekam ihr Mann einen Primäraffekt am Penis, der von Roseola, Papeln am Genitale und im Munde gefolgt war. Vier Monate später stellten sich bei dem Mädchen des Ehepaares Roseola, Papeln am Genitale, Anus und im Munde ein. Antisyphilitische Behandlung.

Das Pflegekind hatte die Frau, diese ihren Mann, und dieser offenbar durch die Mundpapeln seine Tochter infiziert. Die Schuld an einem solchen Unglück liegt an der mangelhaften ärztlichen Kontrolle der Findelkinder und an der verfehlten Diagnose der Erkrankung.

6. Skarifikationen und Pyrogallussäure bei Lupus erythemato-tuberculosus, von Vicente Gimeno. Die Patientin hat rote papulöse, im Zentrum schuppende und

Digitized by Google

krustöse Herde auf beiden Wangen, der Nase und am Halse. Verfasser will sie mit Skarifikationen und Pyrogallol behandeln.

7. Payrsche Operation bei Lupus tuberculosus, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Vorstellung zweier Patientinnen, die vor sechs bzw. 17 Monaten in der angegebenen Weise operiert worden waren. Die erste Patientin ist völlig geheilt; bei der zweiten sind einige kleine, rezidivierende Herde geblieben, die leicht durch andere Methoden (Galvanokaustik, Radiotherapie) beseitigt werden konnten. Das häßliche Aussehen des Operationslappens verschwindet mit der Zeit, die Infiltration der Haut geht zurück und diese wird flach. Die Payrsche Methode ergibt also sehr gute Resultate und unterstützt andere Verfahren.

7. Jahrgang, Nr. 3. (Februar bis März 1915.)

1. Klinisch-therapeutische Studie über den weichen Schanker am Anus, von José S. Covisa. Zu kurzem Referate nicht geeignet.

2. Phagedänische tertiäre Syphilis, von E. Alvarez Sáinz de Aja und José Artadi. Bei der 26jährigen Frau entstanden in der linken Weiche einige olivengroße, rote Knoten, welche konfluierten, sich ausbreiteten, ausstrahlende Schmerzen verursachten und schließlich ulzerierten. Sie wurde antiseptisch behandelt, worauf sich die Krankheit verschlimmerte, indem die Ulzeration fortschritt und weitere Knoten auf der Weiche, dem Schamberg, der großen Schamlippe und in der Genitokruralfalte auftraten; diese Knoten ulzerierten rasch und vereinigten sich mit den früheren. Unter verschiedenen therapeutischen Methoden verschlimmerte sich das Leiden ständig; das ganze linke große Labium, die vordere Kommissur und das Perineum wurden von papulo-ulzerösen Läsionen ergriffen. Dieselben erschienen in der Präaurikulargegend und an der Vorderwand des äußeren Gehörganges; in der rechten Brust entstand ein Knoten unter normaler Haut. Nunmehr kam die Kranke in Behandlung zu den Verfassern, die die Diagnose auf tertiäre phagedänische Syphilis stellten. Die Leistendrüsen waren nicht entzündlich geschwellt, aber auch nicht sehr derb, so daß ein phagedänischer weicher Schanker wie auch ein Primäraffekt ausgeschlossen werden konnten. Völlige Heilung durch Salvarsan-Quecksilber-Jod.

3. Paraplegia syphilitica vom Erbschen Typus, von Vicente Gimeno. Der 29jährige Mann hat sich wahrscheinlich 1910 syphilitisch infiziert und verschiedene Male Symptome gehabt, die aber nicht spezifisch behandelt wurden. Im Oktober 1913 bemerkte er Schwierigkeiten bei Bewegungen, Muskelschwäche und Ameisenlaufen in den Beinen. Die Miktion wurde sehr häufig, die Defäkation selten. In der folgenden Zeit mußte Patient immer häufiger urinieren, während eine tagelange Verstopfung eintrat. Auch die Bewegungsstörungen nahmen immer mehr zu; der Kranke konnte die Beine, besonders das linke, nur schwer bewegen und konnte sich kaum auf ihnen halten, so daß er schließlich einen Stock, dann zwei zur Stütze nehmen mußte. Es bestand leichter Romberg, Babinski, die Reflexe waren enorm gesteigert. Unter einer lange fortgesetzten Salvarsanquecksilberbehandlung wurde die Polyurie beseitigt und die Beweglichkeit der Beine bedeutend gebessert, so daß Patient mit einem Stocke gehen konnte. Die Verstopfung blieb bestehen.

4. Neue Anwendungsart der Staphylokokkenvakzine, von José S. Covisa und R. Gnozález Agustina. Verfasser haben Staphylokokkenvakzine bei Entzündungen der inguinalen und kruralen Lymphdrüsen verwendet; sie inizierten polyvalente Vakzine in der Menge von 0,5—2 ccm in Abständen von 3—8 Tagen. Die Zahl der Injektionen betrug 3—5. Die Verfasser sind mit den Erfolgen sehr zufrieden und empfehlen die Vakzineanwendung für diese Adenitiden. Bei akuten, nicht vereiterten Entzündungen

Digitized by Google

führt die Vakzine häufig ohne jede andere Therapie zur Resorption; sind die Drüsen bereits vereitert, so wird durch die Injektionen die Heilung beschleunigt, die Periadenitis beseitigt. Subakute Adenitiden, die mit wenig Schmerz und ohne Beteiligung der Haut einhergehen, werden rasch resorbiert, die Eiterung erleichtert und abgekürzt. Bei chronischen Drüsenschwellungen, die keine Beschwerden machen, wird die Erweichung und Vereiterung verhindert. Bei Drüsenschwellung infolge eines Schankers haben die Vakzineinjektionen natürlich keinerlei Effekt.

5. Ein Fall von Mykosis fungoides, von José S. Covisa. Das Leiden begann bei dem Patienten vor Jahren mit multipeln, trockenen, schuppenden, stark juckenden Herden; daneben bestanden Erytheme, sowie auch über das Hautniveau erhabene Infiltrationen. Diese letzteren, die ebenfalls heftigst juckten, wuchsen an einigen Stellen wie am Bauche und den Extremitäten zu großen, roten, nicht gestielten Tumoren heran, die auf der Oberfläche ulzeriert waren und stark sezernierten. Die zahlreichen Geschwüre und das heftige Jucken brachten den Kranken stark herunter, der von Klinik zu Klinik zog und unter den verschiedensten Diagnosen erfolglos behandelt wurde. Erst vom Verfasser wurde die Diagnose Mykosis fungoides gestellt. Der Patient wurde der Röntgenbestrahlung unterzogen; das Jucken schwand völlig, die Hauterscheinungen sind bedeutend zurückgegangen, so daß Aussicht auf völlige Heilung besteht.

6. Purpura ecchymotica von seltener Lokalisation, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Bei der 27jährigen Patientin traten vor einigen Monaten rote Flecken im Gesicht, am Kopfe, Thorax und an den Armen auf; es kamen noch einige solcher Schübe, die dieselbe Lokalisation einhielten. Es fanden sich auf der Stirne, den Wangen, der behaarten Kopfhaut, der oberen Hälfte des Stammes und den Armen zahlreiche Ekchymosen von verschiedener Größe in den verschiedenen Phasen der Umwandlung des Blutfarbstoffes. Die Blutungen lagen alle in der Kutis. Der Gesamteindruck war der, als ob die Patientin verprügelt worden wäre. Im Munde fanden sich die Tonsillen dunkelrot, fast schwarz gefärbt. Die Verfärbung war streng auf die Tonsillen begrenzt, der weiche Gaumen war von normaler Farbe. Es bestand keine Schmerzhaftigkeit. Der Anblick war der eines Melanosarkoms. Die Untersuchung ergab fast normale Verhältnisse. Verfasser bespricht näher die Diagnose und Differentialdiagnose dieses Falles, die wegen der eigentümlichen Lokalisation der Erkrankung schwierig waren. Es war auch die Möglichkeit einer Simulation in Betracht zu ziehen, doch glaubt Verfasser diese ausschließen zu können, da simulierte Hautaffektionen eine andere Lokalisation einhalten und vor allem den Rücken freilassen. Auch die scharfbegrenzte Affektion der Tonsillen spricht dagegen.

7. Fall zur Diagnose, von Cebrián. Der Kranke hat in der Mitte der Unterlippe eine 10 : 6 mm große, 1 mm dicke Läsion von weißer opaleszierender Farbe, leicht zottiger Oberfläche, mit normaler Schleimhaut. Es bestehen keine Schmerzen, keine Induration, keine Drüsenschwellungen. Die Diagnose schwankt zwischen Leukoplakie und Papillom.

8. Syphilis pigmentaria, von J. Sanz de Grado. Bemerkenswert ist nur das Befallensein von Hals, Arm, Ellenbogen und Achsel.

9. Furunkulose und Staphylokokkenvakzine, von Vicente Gimeno. Verfasser hat in einem Falle von Furunkulose Staphylokokkenvakzine in hohen Dosen (1000 Millionen Staphylokokken) injiziert. Er war erstaunt über die prompte Wirkung und die Geringfügigkeit der Nebenerscheinungen.

10. Purpura recidivans orthostatica, von E. Alvarez Sáinz de Aja. Die syphilitische Patientin litt seit drei Wochen an Kopfschmerzen, vor zwei Wochen stellte sich an den Unterextremitäten eine typische Purpuraeruption mit Schmerz und Ödemen ein. Dieselben Erscheinungen folgten bald auf den Armen. Die Patientin wurde mit

Digitized by Google

Bettruhe und nebenbei antisyphilitisch behandelt. Als der Schub abgeheilt war, stand sie auf; am nächsten Tage war eine neuerliche Purpuraeruption aufgetreten. Es wiederholte sich nun mehrmals dieselbe Erscheinung, daß unter Bettruhe die Purpura abheilte, aber sofort wieder erschien, wenn die Kranke aufstand. Verfasser gab nun ein Gemisch von phosphorkohlen- und chlorsaurem Kalk, das die Purpura beseitigte.

R. Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Thermopenetration in der Frauenheilkunde, von B. Kelen-Budapest. (Orv. Hetilap, 1914, Nr. 1.) Akute Blennorrhoe (Urethritis, Vulvovaginitis) bessert sich unter thermischer Behandlung zumeist, doch ist sie für die Thermopenetration wenig geeignet. Für das einfache Verfahren, das der Kranke selbst vornehmen kann, sind die Resultate zumeist dieselben. In der Heilung der Blennorrhoe ist die Thermopenetration infolge der Wirkung auf die Gonokokken wichtig, weil sie bei einer Temperatur von über 41° zugrunde gehen. Wenn es gelingen würde, die Wärme so zu verteilen, daß das ganze kranke Gebiet bedeutend über 41° erwärmt werden könnte, möchten die Gonokokken nach einmaliger genügend langer Behandlung vernichtet werden. Das ist vorläufig nicht möglich. Die Vulvovaginitis bei Kindern kann ohne Hymenverletzung mit einer dünnen vaginalen Elektrode leicht und wirksam behandelt werden. In Fällen von chronischer hartnäckiger blennorrhoischer Vaginitis ist das Resultat besonders hervorzuheben. Nach Einstellen der Behandlung verschlimmert sich das Leiden sofort wieder. Mehrere Fälle heilen bei Thermopenetration ohne Rezidive glatt. Unter den akuten und chronischen Blennorrhoefällen gibt es solche, die aus unbekannten Ursachen sich nicht bessern. Endometritis, Metroendometritis und Fluor bessern sich weniger durch dieses Verfahren. M. Porosz-Budapest.

Die Diathermie bei Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen, von Baradulin. (Wratschebnaja Gaseta, 1914, Bd. 21, S. 497.) Die Anwendung der Diathermie genügt in einigen Fällen von Blennorrhoe, in welchen läßt sich noch nicht mit Bestimmtheit sagen, zur Ausheilung derselben. In den akuten Fällen lindert die Diathermie die subjektiven Empfindungen, beruhigt die Schmerzen und die Entzündung des Harnkanals. In den chronischen Fällen begünstigt dieselbe einen raschen Schwund der Gonokokken. Bei der Komplikation, bei Epididymitis und Arthritis, wirkt die Diathermie in einigen Fällen überraschend, indem sie die Krankheit schwerer heilt, in anderen die subjektiven Empfindungen sehr beruhigt. Überhaupt muß von der Diathermie gesagt werden, daß, wenn sie auch nicht die Blennorrhoe ausheilt, sie doch ein mächtiges Hilfsmittel für die Behandlung derselben bedeutet. A. Jordan-Moskau.

Behandlung der akuten Blennorrhoe, von R. Uteau und E. Saint-Martin. (La province méd., 1913, Nr. 45.) Nach weitschweifigen Bemerkungen über das Vorkommen nicht-blennorrhoischer akuter Urethritis, der Prophylaxe der Blennorrhoe und ihrer sozialen Wichtigkeit kommen die Verfasser auf die Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe zu sprechen. Sie empfehlen hierfür mehrere Methoden: 1. Instillation einer 2%igen Argent. nitric.-Lösung in die Urethra anterior für zwei Minuten. 2. Die alte Janetsche Methode der tiefen Ausspülungen nach Janet mit Kalium permanganicum in steigender Konzentration von 1 : 7000—1 : 500, acht Tage lang, die ersten vier Tage zweimal, die letzten nur einmal eine Spülung jeder Harn-

Digitized by Google

röhre für sich gesondert. 3. Abänderungen respektive Modifikationen der Janetschen Methode von Motz (Kombination der Kaliumpermangt.-Spülungen mit Protargolinjektionen) und Suirard-Janetsche Spülungen mit Kaliumpermanganat 1 : 10 000. Weiterhin sind Spülungen mit Hg oxycyanat. 1 : 2000—1 : 400 empfohlen; desgl. mit Argyrol, Syrgol und Kollargol 1 : 1000. Bei Fehlschlagen wird Fortsetzung der warmen Spülungen, einmal täglich wochenlang angeordnet. Von den Internis ziehen die Verfasser Helmitol und Urotropin den Balsamizis vor. (Vereinigung von Helmitol und Methylenblau.) Glombitza-Dresden.

Eine Behandlung der akuten Blennorrhoe der vorderen Harnröhre, von Juan de Azua. (Rev. clin. Madrid, 1914, Nr. 1.) Azua läßt vier Waschungen der vorderen Harnröhre täglich vornehmen, davon wird die eine mit Kaliumpermanganat, die drei anderen mit dünnen Höllensteinlösungen vorgenommen und zwar entweder mit doppelläufiger Kanüle oder mit einer weichen Gummisonde.

A. Gunsett-Straßburg.

Neue Verbesserungen in der Behandlung der Blennorrhoe, von Robert Duhot. (Rev. Belge d'Urologie et Derm.-Syph., 1913, Nr. 4.) Verfasser berichtet über günstige Erfolge, die er mit der Nicolleschen Vakzine, den Kolloidmetallen und dem Kaviblen von Bruck erzielt hat. Er stellt folgendes Behandlungsschema auf: 7—8 intravenöse Injektionen von Vakzine; 3—4 Tage Spülungen mit schwachem Kaliumpermanganat, die vom fünften Tage an von der Einführung eines einprozentigen, vom neunten Tage eines zweiprozentigen Kaviblenstäbchens gefolgt werden. Innerlich erst Urotropin, dann Santal. Komplikationen werden mit Elektrargol oder mit Vakzine behandelt. Verfasser hofft, mit diesen Mitteln die Behandlungsdauer des Trippers auf etwa zwölf Tage zu reduzieren. R. Frühwald-Leipzig.

Die Diagnose und Behandlung der chronischen Blennorrhoe und deren lokaler Komplikationen, von H. W. Bayly-London. (Brit. m. J., 14. März 1914.) Gibt eine Zusammenstellung von erprobten und neueren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Zum Referieren nicht geeignet. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoea bei Männern, von A. Hayes. (Brit. m. J., 12. Sept. 1914.) Übersichtsartikel. H. Boas-Kopenhagen.

Die Behandlung der akuten Blennorrhoea bei Männern, von R. Powell. (Brit. m. J., 26. Sept. 1914) Übersichtsartikel. H. Boas-Kopenhagen.

Choleval in der Therapie der Blennorrhoe, von Nik. Vajda-Budapest. (Urologia, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujsag, 1913, Nr. 3.) Im Anschluß an sieben Fälle betont Verfasser, daß im Choleval ein sehr energisches, rasch wirkendes Antiparasitikum gewonnen worden ist, aber es ist nicht zugleich ein entzündungswidriges Mittel. Im akuten Stadium, wenn die Entzündungssymptome nicht vorherrschen, ist der Zweck, sie mit Adstringentien zu mildern, und nach Verschwinden der heftigen Symptome geht man zu antiparasitischen Mitteln über. Die Patienten klagen, beinahe alle, über starkes Brennen und Zwicken; die injizierte Flüssigkeit sind sie nicht imstande fünf Minuten zu behalten, denn sie bekommen einen starken Harndrang. Sie behalten sie nur fünf Minuten bei sich. Das Urinieren nach der Injektion ist sehr schmerzhaft. Die Eiterung ging in allen Fällen bedeutend zurück, die Gonokokkenkolonien sind zerfallen, die Eiterzellen lösten sich durch Protoplasmagift zytolotisch. Einige Tage später sah Verfasser unter dem Mikroskop 1—2 Gonokokken nur in Zellen, so auch sehr viel losgelöste Epithelzellen. Bald aber verschwinden auch diese Gonokokken.

M. Porosz-Budapest.

Über die interne Behandlung der blennorrhoischen Urethritis, von U. Rebaudi-Genua. (Boll. d. Clin., Februar 1914.) Versuche mit Géroseptol bei etwa

Digitized by Google

100 Fällen von Harnröhrentripper. Verfasser beobachtete nie unangenehme Nebenwirkungen auf Niere, Magendarmtraktus oder Haut, dagegen übte das Mittel stets einen günstigen Einfluß auf die brennenden Schmerzen, den Harndrang, die Erektionen und alle übrigen subjektiven Symptome der akuten Urethritis und ihrer Komplikationen aus. Auch bei blennorrhoischer Zystitis bewährte sich Géroseptol ausgezeichnet.

K. Rühl-Turin.

Gonaromat, von M. Friedlaender. (Ther. d. Gegenw., Februar 1914.) Gonaromat ist ein Ol. santali-Präparat, dem von der Herstellungsfirma (Kommandantur-Apotheke zu Berlin) einige Öle zugesetzt sind, die angeblich schmerzlindernd, entzündungswidrig, gefäßverengend und bakterizid wirken sollen. F. hat an 100 Fällen das Mittel erprobt und räumt ihm „einen hervorragenden Platz in der internen Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen" ein. E. Brinitzer-Altona.

Zur Gonargintherapie, von J. Schumacher-Berlin. (D. m. W., 1913, Nr. 44.) Gonargin ist ein spezifisch wirkendes Mittel bei blennorrhoischen Komplikationen, wie Epididymitis, Arthritis blennorrhoica und Tendovaginitis. Bei Prostatitis ist der Erfolg nicht immer befriedigend, doch empfiehlt es sich dabei immerhin einen Versuch zu machen, da man zuweilen oft glänzende Erfolge sieht. Angewandt wird Gonargin in steigender Keimzahl, am besten intramuskulär; seine intravenöse Injektion ist nicht zu empfehlen, weil dabei fast stets hohe Temperaturen bis zu 40° und darüber hinaus zu beobachten sind, ganz abgesehen von den subjektiven Klagen, wie starke Kopfschmerzen und Frösteln.

Erfahrungen über spezifische Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen, von Fritz Fischl-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 7.) An der Klinik Riehls sind mit Arthigon Bruck und Gonargin Menzer ziemlich gleichwertige Erfahrungen gemacht worden, die in Übereinstimmung mit vielen anderen Verfassern bei den sogenannten „geschlossenen Blennorrhoeformen", bei Epididymitis und Arthritis zweifellos günstige waren, während die Erkrankung der Harnröhre selbst unbeeinflußt blieb. Manchmal trat nach der ersten Injektion eine Art Reaktion der erkrankten Urethralschleimhaut in Form eines stärkeren, dickeitrigen Ausflusses auf, der eine zwei bis drei Tage dauernde Besserung zu folgen pflegte. Aber auch nach fünf Injektionen, die in dreitägigen Intervallen vorgenommen wurden, fanden sich noch reichlich Gonokokken. In chronischen Fällen trat nach intravenöser Injektion von 0,1 Arthigon fast konstant eine Temperatursteigerung auf, die manchmal 40° überstieg, und die unter Umständen ein wichtiges Hilfsmittel zur Erkennung der oft sozial bedeutsamen Aktivität alter blennorrhoischer Herde werden kann. Unter zwölf mit Vakzine behandelten Fällen von Prostatitis wurden drei geheilt, sechs wesentlich gebessert und drei blieben unbeeinflußt.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Behandlung blennorrhoischer Komplikationen mit Gonargin, von Johannes Herrmann-Dortmund. (M. Kl., 1914, Nr. 10.) Gonargin — eine Gonokokkenvakzine — wird von den Höchster Farbwerken in den Handel gebracht in Ampullen, die in 1 ccm 5, 10, 15, 25, 50 Millionen abgetöteter Gonokokken enthalten. Der Verfasser glaubt, daß man mit 10 Millionen anfangen, je nach der Konstitution des Patienten nach drei Tagen 25 und nach weiteren drei Tagen 50 Millionen geben könnte. Bei Epididymitis ist der Verfasser mit vier Injektionen ausgekommen, bei Arthritis mit fünf oder sechs. Er sah nie eine deutliche Reaktion am Krankheitsherde oder an der Stichstelle oder Infiltrate. Auch die Temperatursteigerungen waren gering und am dritten Tage immer wieder zurückgegangen. Nur bei sehr hoher Temperatur nahm der Verfasser Rücksicht mit dem Beginn der Kur; bei geringer Temperatursteigerung leitete er die Kur ein. Bei Epididymitis erfolgte innerhalb von 24 Stunden ein Rückgang der

Digitized by Google

Schmerzen und der Infiltration, doch hat Herrmann in 25 Fällen niemals eine völlige restitutio ad integrum beobachten können, und zweimal trat während der Behandlung ein Übergreifen auf die andere Seite auf. Sehr günstig lauten die drei Beobachtungen bei Arthritis, weniger gut bei Prostatitis. Auf die Blennorrhoe selbst ist Gonargin ohne jeden Einfluß. Herrmann schließt mit den Worten: „Wir haben im Gonargin ein Mittel, um, wenn auch nach den jetzigen Erfahrungen nicht die Blennorrhoe, so doch die lästige und schmerzhafte Beigabe, die Komplikationen, erfolgreich bekämpfen zu können. O. Lasch-Breslau.

Hegonon in der Blennorrhoebehandlung, von G. Bohm-Berlin. (M. m. W., 1913, Nr. 50.) Das von der chemischen Fabrik vorm. E. Schering unter der Bezeichnung Hegonon vertriebene Silbernitrat-Ammoniakalbumose hat Verfasser bei 43 Fällen von Urethralblennorrhoe angewandt und als ein im allgemeinen reizloses, wirksames und auch in die tieferen Schichten der Schleimhaut eindringendes Mittel bewährt gefunden. Für akute Fälle empfiehlt er Spülungen nach Janetschem Muster mit etwa 500 ccm einer Lösung von 1:2000 täglich vorzunehmen; oder auch man läßt den Patienten selbst Injektionen mit einer $^1/_4$%igen Lösung ausführen. Von sechs abortiv behandelten Fällen heilten vier vollständig in 7 Tagen aus. Bei den chronischen Fällen war ebenfalls eine günstige Wirkung des Hegonons anzunehmen, obwohl bei diesen auch sonstige therapeutische Mittel in Anwendung kamen. A. Philippi-Salzschlirf.

Kollargol und Arthigon bei blennorrhoischen Komplikationen, von Renisch. (M. m. W., 1914, Nr. 38.) Im allgemeinen kann als Regel gelten, daß das Kollargol für die akuten, das Vakzin für die chronischen Prozesse indiziert ist. Direkt schädlich und sogar lebensgefährlich hat sich das Arthigon erwiesen bei akuten blennorrhoischen Prozessen des kleinen Beckens, speziell bei eitriger Prostatitis und Salpingitis. Nur bei Arthritis kann man in relativ frühem Stadium mit der Vakzinbehandlung schon beginnen. Bei älteren Epididymitisfällen, bei Prostatitis und auch bei Entzündungen des Vas deferens und der Samenbläschen kann man oft mit großem Vorteil an eine vorbereitende Kollargolbehandlung die Vakzinetherapie anschließen. Man verwendet vom Kollargol eine 1%ige Lösung, die in kaltem, frisch destilliertem Wasser hergestellt wird. Dieselbe wird nach 10 Minuten im Wasserbad sterilisiert. Hiervon injiziert man 5—10 ccm jeden Tag intravenös während 8—14 Tagen. Vom Arthigon gibt man bei intramuskulärer Injektion zunächst 0,25 und steigert in viertägigen Abschnitten bis auf 2,0. Intravenös wird von 0,025 auf 0,2 gegangen bei Verabreichung von im ganzen höchstens fünf Injektionen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Anwendung von kolloidalem Jod bei akuter und chronischer Blennorrhagie, von Gérard Beyler. (Gaz. des hôp., 1914, Nr. 33.) Verfasser wendet Jodargol, ein kolloidales Jodpräparat, bei Blennorrhoe an. Nach seiner Meinung muß dieses Mittel in die erste Reihe der Antiblennorrhoika rücken, da es rapide wirkt und völlig unschädlich ist. R. Frühwald-Leipzig.

Kolloide und Blennorrhoe, von Mistiaen. (Rev. Belge d'Urol. et Derm.-Syph., 1913, Nr. 4.) Intravenöse Injektionen von Elektrargol beeinflußten den Tripper nicht, dagegen aber seine Komplikationen, namentlich Epididymitis. Dafür sah Verfasser in einigen Fällen auch eine Besserung der Urethralerkrankung nach Injektion von kolloidalem Rhodium. R. Frühwald-Leipzig.

Thigan, ein neues äußerliches Antiblennorrhoikum, von G. Stümpke-Linden. (M. m. W., 1914, Nr. 29.) Das Thigan, eine Verbindung von Thigenol mit Silber, ist nach den Erfahrungen, welche Verfasser im Laufe von $1^1/_2$ Jahren bei etwa 400 Fällen von Blennorrhoe gesammelt hat, als ein wirksames und durch Reizlosigkeit ausgezeichnetes Präparat zu bezeichnen, das sowohl bei dem akuten Stadium des Leidens, als auch

Digitized by Google

bei Komplikationen, wie Epididymitis, Prostatitis usw., gut vertragen wird. Daß das Mittel günstig auf Gonokokken einwirkt, ergab sich aus den regelmäßig durchgeführten Untersuchungen des Urethralschleims, der im Durchschnitt im Laufe von 8 Tagen bis 3 Wochen gonokokkenfrei wurde. Allerdings ist genaue Beachtung der Behandlungsvorschrift nötig: täglich 5 Injektionen in die Harnröhre mit einer Verweildauer von mindestens 10 Minuten, Bettruhe und zweckmäßige Diät. Geliefert wird das Präparat von der Firma Dr. G. Hennig in Berlin. A. Philippi-Salzschlirf.

Phylakogen bei Blennorrhoe. Bericht über eine Feststellung von dessen Wert bei der Behandlung von einigen blennorrhoischen Infektionen, von L. W. Harrison. (Lanc., 1913, S. 1375.) Unter der Bezeichnung Phylacogene werden von einer amerikanischen Firma nach der Vorschrift von A. F. Schafer (Californien) gewissermaßen Extrakte von verschiedenen Bakterien für therapeutische Zwecke hergestellt und empfohlen. Zu dem universellen Stammpräparat werden für einzelne Krankheiten, wie Blennorrhoe, Pneumonie, Erysipel usw., ein Filtrat von den spezifischen erregenden Mikroorganismen zugesetzt. Man hat also ein Blennorrhoephylakogen, ein Erysipelphylakogen usw. Das Mittel wird sowohl subkutan und intramuskulär, als auch intravenös verabreicht. Verfasser hat es bei 16 Fällen von blennorrhoischer Infektion teils der Urethra, teils der Epididymis und (einmal) von Gelenken angewandt, doch waren die Resultate nicht bessere als die mit den bisherigen Behandlungsmethoden erzielten. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Serologie der blennorrhoischen Erkrankungen, von Jul. Finkelstein und T. Gerschun. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Die Komplementbindungsreaktion und die v. Pirquetsche Kutanreaktion, angestellt mit Gonokokkenantigen, sind für die Blennorrhoe spezifisch, da sie bei andern Erkrankungen nicht zu erzielen sind. Beide Reaktionen werden bei der Blennorrhoe häufig beobachtet, insbesondere bei der chronischen. Die Agglutinationsreaktion hat bei der Blennorrhoe keinen praktischen Wert. G. Heymann-Elbing.

Impfungen mit sensibilisiertem Virus bei Blennorrhoe und namentlich bei deren Komplikationen, von L. Cruveilhier-Paris. (Lanc., 1913, S. 1311.) Mit dem nach Besredkas Methode sensibilisierten Gonokokkenvirus hat Verfasser namentlich bei Epididymitis und bei Arthritis blennorrhoica acuta und chronica, sowie bei Affektionen des Uterus und dessen Anhängsel sehr beachtenswerte Resultate erzielt. Bei der Epididymitis wurden mit Pausen von je 48 Stunden 2—3 Einspritzungen gegeben mit dem Erfolge, daß in höchstens 2 Tagen alle Schmerzen vergangen waren und die Kranken wieder ihrem Berufe nachgehen konnten. Ebenso vergingen nach wenigen Injektionen auch langwierige Affektionen der weiblichen Genitalorgane in etwa 2—3 Wochen. Für die blennorrhoische Arthritis scheint eine etwas größere Zahl von Injektionen nötig zu sein, doch werden hierbei Heilungen auch von ganz inveterierten Fällen berichtet. Ferner glaubt C., auch bei akuter und chronischer Urethralblennorrhoe mit der Methode günstig eingewirkt zu haben. Das Serum wurde von einer Ziege nach intravenöser Injektion von Gonokokken entnommen, und die Injektionen bei den Patienten wurden ins subkutane Zellgewebe ausgeführt. Irgend welche erhebliche Nebenwirkungen oder Schädigungen kamen nicht vor. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Arthigonbehandlung der blennorrhoischen Komplikationen, von E. Liszniai-Budapest. (Orv. Ujsag, 1913, Nr. 9.) Verfasser gab als Anfangsdose 0,50 ccm; nach 2—3 tägiger Dauer der fieberhaften Reaktion stieg er auf 1 ccm. Stellte sich keine Reaktion ein, so injizierte er schon am zweiten Tage die letztere Dose. So sind 4 bis 5 Injektionen notwendig, wodurch 5—6 ccm Arthigon in den Organismus gelangen. Verfasser hatte in 20 Fällen Gelegenheit, bei Epididymitis Arthigon anzuwenden. In allen

Digitized by Google

Fällen hörten 12—24, spätestens 36 Stunden nach der ersten Injektion die peinlichen spontanen Schmerzen auf, nur die Druckempfindlichkeit hielt an. Nach der ersten Injektion stellte sich fieberhafte Reaktion in allen 20 Fällen ein, in 12 Fällen mit einer Temperaturerhöhung auf 38° und darüber, in 8 Fällen unter 38°. Einige Stunden nach der Injektion, noch ehe sich die fieberhafte Reaktion eingestellt hatte, traten in dem kranken Nebenhoden peinliche reißende und zuckende Schmerzen auf. Die Skrotumhaut nahm eine gesteigerte Röte an. Die vorhandene Gedunsenheit des Nebenhodens oder des Funikulus nahm zu, verging aber innerhalb der ersten 12 Stunden in allen Fällen. Nach der zweiten Injektion stellte sich fieberhafte Reaktion in allen Fällen ein, in 9 Fällen über 38°, in 11 Fällen unter 38°. Nach Herdreaktionen stellten sich Besserungsmomente ein; eine bedeutende Verminderung der Gedunsenheit, Abnahme der Druckempfindlichkeit folgte bald. Nach der dritten Injektion beobachtete Verfasser selten lokale Reaktion. Fieberhafte Reaktion stellte sich in allen Fällen ein, in 12 Fällen mit einer Temperaturerhöhung über 38°, in 8 Fällen unter 38°. Der normale Teil des Nebenhodens erweist sich noch verdickt, aber schmerzlos, während der Kopf in den meisten Fällen schon weich, leicht herausfühlbar ist. Der Funikulus hingegen ist mehr verdickt als in normalem Zustande. In 18 Fällen kam auch noch eine vierte Reaktion zustande, mit geringerer fieberhafter Reaktion. Ungefähr in der Hälfte der Fälle blieb eine Verdickung in Haselnußgröße, aber absolut schmerzlos, zurück, während nach Funikulitis der Funikulus schon um diese Zeit ganz normale Verhältnisse zeigte. Heilung trat in 2 Fällen nach 11, in 3 Fällen nach 13, in 4 Fällen nach 15, in 4 Fällen nach 17, in 3 Fällen nach 18, in 3 Fällen nach 18, in 3 Fällen nach 20, in 1 Falle nach 21 Tagen ein. Durchschnittliche Heilungszeit 15 Tage. Die Injektionen wurden intramuskulär vorgenommen. Nur bei sehr sensibeln Kranken gehen sie mit Schmerzen von einigen Stunden Dauer einher, die manchmal auf die lumbale Gegend an der entsprechenden Seite, auf den Schenkel, Unterschenkel, Knöchel ausstrahlen, aber sie verursachten in keinem einzigen Falle unerträgliche Schmerzen. Ein Infiltrat blieb nach der Injektion in keinem Falle zurück. Arthigon übt auf die Blennorrhoe selbst keine Wirkung aus; in einem Falle trat zu der einseitigen Epididymitis nach der zweiten Injektion eine Entzündung des anderen Nebenhodens auf. In einem anderen Falle stellte sich nach der ersten Injektion nach zweitägigem besserem Zustande Steigerung mit erhöhter Gedunsenheit, Schmerzhaftigkeit, Fieber, und schließlich bei einem an rechtsseitiger Gonitis leidenden Patienten trat nach der dritten Injektion linksseitige Kniegelenkentzündung auf. In 5 Fällen versuchte Verfasser bei Arthritis Vakzinebehandlung. Alle Fälle mit Ausnahme eines einzigen reagierten mit Temperaturerhöhung; lokale Reaktion trat auf, und in allen Fällen mit einer einzigen Ausnahme hörte sie nach 4—8—10 Stunden auf. Der Verlauf, Grad, Raschheit war in einzelnen Fällen verschieden. Arthigon ist demnach bei blennorrhoischen Komplikationen ein sehr gutes Spezifikum, das hauptsächlich bei blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen mit hervorragendem Erfolge gegeben werden kann. Arthritis beeinflußt es günstig. Es ist dabei ein unschuldiges Mittel, das außer dem fieberhaften Zustande keine Unannehmlichkeiten bereitet. Es hat bei Mono- und Polyarthritis von ungewisser Ätiologie auch einen diagnostischen Wert, da die lokale und die Temperaturerhöhungsreaktion zumeist für den blennorrhoischen Ursprung spricht. M. Porosz-Budapest.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe und deren Komplikationen, von Adolf Keil. (Prag. m. Wschr., 1913, Nr. 34.) Verfasser berichtet über 22 Fälle, bei denen das von Bruck angegebene Arthigon benutzt wurde. Die meisten Erfolge wurden erzielt bei Arthritis und Epididymitis blennorrhoica. Ein Fall blieb ganz unbeeinflußt. Wenn auch die allgemein gemachte Beobachtung zu Recht besteht, daß auf unkompli-

Digitized by Google

zierte Urethritis blennorrhoica Arthigon keinen Einfluß hat, so ergab die Beobachtung doch, daß bei bestehender Komplikation, die sich nach Arthigoninjektionen rasch besserte, auch der Harnröhrenprozeß einen rascheren Rückgang zeigte, was übrigens schon von anderer Seite ebenfalls mitgeteilt ist. G. Heymann-Elbing.

Zur Frage der Vakzinetherapie der blennorrhoischen Erkrankungen, von J. Gerschun und J. Finkelstein. (B. kl. W., 1913, Nr. 37.) Die Gesamtzahl der mit Vakzine behandelten Kranken betrug 84. Die Anwendung der Gonokokkenvakzine in kleinen und mittleren Dosen ist für die Kranken ohne jede Gefahr. Das Schwinden des Schmerzes nach den ersten Injektionen bei blennorrhoischen Arthritiden und Epididymitiden ist eine regelmäßige Äußerung der Wirkung der Vakzine; gleichzeitig damit geht auch die Resorption der arthritischen und epididymitischen Infiltrate. In Blennorrhoen mit Arthritis und Epididymitis, aber auch in Fällen von unkomplizierten akuten und subakuten Blennorrhoen schwanden die Gonokokken in einem großen Prozentsatz der Fälle, und dieser Schwund muß der Wirkung der Vakzine zugeschrieben werden. G. Heymann-Elbing.

Über Vakzinebehandlung bei Blennorrhoe, von K. Klause. (B. kl. W., 1913, Nr. 39.) Verfasser berichtet über Erfahrungen an einem Material von etwa 700 Fällen der Herxheimerschen Klinik. Möglichst frische Vakzine ist zu verwenden, da mit dem Alter der Vakzine ihre Wirkung ab-, die Nebenerscheinungen zuzunehmen scheinen. In 4—5 tägigen Intervallen werden steigende Dosen injiziert, von 5—10 Millionen Gonokokkenkeimen beginnend bis zur Höchstdosis von 100—200 Millionen Keimen im Kubikzentimeter. Geringes Fieber ist keine Kontraindikation. Der therapeutische Wert tritt am meisten bei der Epididymitis und Arthritis blennorrhoica zutage. Bei diesen Komplikationen sind die Erfolge fast durchweg gut, oft geradezu überraschend. Nicht so augenfällig, aber immerhin noch deutlich beeinflußbar sind die blennorrhoischen Adnex- und Zervixerkrankungen des Weibes und die parenchymatöse Prostatitis. Sehr zweifelhaft sind die Erfolge bei Funikulitis, und gänzlich erfolglos ist die Vakzination bei Urethritis, katarrhalischer Prostatitis und Proctitis. Relativ frische Fälle werden besser beeinflußt als ältere. Dauernde Schädigungen sind von der Vakzination nicht zu befürchten. Vorübergehende Erscheinungen sind so unbedeutend, daß auf die Vorteile der Vakzination nicht verzichtet werden sollte. Ein Versuch mit Gonokokkenvakzine ist in jedem Falle angezeigt, in dem im Verlaufe einer blennorrhoischen Erkrankung das Bestehen eines geschlossenen Herdes angenommen werden kann. G. Heymann-Elbing.

Die Vakzinebehandlung der Blennorrhoe. von Alfred Brandweiner-Wien. (M. Kl., 1913, Nr. 43.) Zunächst berichtet Brandweiner über seine Versuche, mit Arthigon brauchbare Kutireaktionen zu erhalten und bestätigt Brucks Urteil, daß das in zuverlässiger Weise nicht gelingt. Die mit dem v. Pirquetschen Bohrer angestellten Impfungen ergaben bisweilen bei sicher blennorrhoischen Individuen negative, und in einigen Fällen sicher nichtblennorrhoisch Erkrankter positive Reaktionen. Ebensowenig glückte es dem Verfasser mit monovalenter, hochkonzentrierter Gonokokkenvakzine zuverlässige Kutanreaktionen zu erhalten. Auch die Versuche, mit subkutan angewendeten geringen Mengen Arthigon Stichreaktionen zu erhalten, führten zu dem Ergebnisse, daß diagnostisch verwertbare Resultate weder mit dem Arthigon noch mit monovalenter Gonokokkenvakzine zu erzielen seien. Weitere Versuche ergaben, daß Stichreaktionen mit autogener Vakzine stärker ausfielen als solche mit allogener, was Brandweiner auf die Differenz der einzelnen Gonokokkenstämme zurückführt. Für unser therapeutisches Vorgehen kommt der Verfasser demgemäß zu der Überzeugung, daß, obwohl die Anwendung autogener Vakzine wohl bessere Resultate verspräche, da die Beschaffung derselben aber in den meisten Fällen unausführbar ist, man sich mit allogener be-

Digitized by Google

gnügen wird. Dagegen glaubt Brandweiner, daß nicht nur wie sonst fast allgemein betont wird, die Vakzinetherapie bei den Komplikationen der Blennorrhoe (Epididymitis, Prostatitis und Arthritis) indiziert sei, sondern daß nach seinen Erfahrungen in subakuten Fällen von Urethritis anterior und posterior sehr gut obige Erfolge möglich seien; er hat in manchen Fällen durch Anwendung von Vakzine trübe Urine sich schnell aufhellen sehen. O. Lasch-Breslau.

Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe, von Otto Sachs. (W. m. W., 1913, Nr. 47.) Die besten Heilerfolge sieht man durch diese Behandlung bei Arthritis, wo sie allen anderen Methoden überlegen ist. Bei Epididymitis tritt in der Minderzahl Heilung, in der Mehrzahl Besserung ein. Bei Urethritis und Prostatitis war kein Vorteil vor den alten Behandlungsmethoden zu konstatieren. Die Vakzinebehandlung läßt sich auch ambulant durchführen. Vielleicht sind von einer autogenen Vakzine bessere Resultate zu erwarten. O. Valentiner-Leipzig.

Beitrag zum Studium der antiblennorrhoischen Vakzinetherapie, von P. Remlinger. (Soc. de Biol., 15. Nov. 1913.) Der Verfasser machte Versuche mit der atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle und Blaizot. Er hatte bei akuter Epididymitis, bei akuter Zystitis, bei Gelenkrheumatismus Erfolge, die durch ihre Raschheit und Vollständigkeit ausgezeichnet waren. A. Gunsett-Straßburg.

Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine, von C. Bruhns-Charlottenburg. (B. kl. W., 1914, Nr. 2.) In seinem Vortrag auf der 85. Naturforscherversammlung in Wien stellt B. folgende Leitsätze auf: nach intravenösen Arthigoninjektionen treten bei Blennorrhoischen häufiger starke Temperaturerhöhungen ein als bei Gesunden; sie kommen aber auch bei nicht Blennorrhoischen in erheblichem Maße vor und können deswegen nicht als spezifisch für Blennorrhoe angesehen werden. — In manchen Fällen können durch provokatorische Injektion von Gonokokkenvakzine latente Gonokokken im Sekret wieder zum Vorschein gebracht werden; es sollten daher diese provokatorischen Injektionen in fraglichen Fällen öfter zur Sicherung der Diagnose mitgebraucht werden. — Die Komplementbindung auch bei komplizierter Blennorrhoe ist nur in einem gewissen Bruchteil der Fälle als positiv zu erwarten; sie ist aber bei positivem Ergebnis diagnostisch sicher verwertbar.
E. Rossen-Wiesbaden.

Beitrag zum Studium der Vakzinetherapie der Blennorrhoe, von Jean Livon-Fils. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 3.) Therapeutischer Erfolg von Nicolleschem Vakzin bei Orchitis, Salpingitis, Endometritis, Ophthalmoblennorrhoe und eine Urethritis blennorrhoica. W. Lutz-Basel.

Beitrag zur antigonokokkischen Vakzinetherapie, von Livon-Marseille. (Semaine méd., 1914, Nr. 5.) Die atoxische Antigonokokkenvakzine wird dem Verfasser in zugeschmolzenen Ampullen aus Tunis zugeschickt. Zum Gebrauch wird $^1/_2$ ccm Vakzine mit $1^1/_2$ ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. Diese Menge wird täglich oder jeden zweiten Tag in die Glutäen injiziert. Die Wirkung ist eine gute bei Epididymitis, Blennorrhoe der Neugeborenen und bei Frauen mit Metritis und Salpingitis. Auch bei akuter und chronischer Urethritis waren gute Resultate zu verzeichnen.
A. Gunsett-Straßburg.

Die Wirkung der Vakzinetherapie bei den verschiedenen Lokalisationen der blennorrhagischen Infektion, von Pietro Sabella. (Morgagni, Februar 1914.) Versuche mit Arthigon. Bereits referiert im Giornale italiano 1914, Heft 2.
R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Beiträge zur Vakzineanwendung bei Blennorrhoe, von G. A. Rost-Kiel. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Wie andere Verfasser berichtet auch R. über sehr günstige Wirkungen der Vakzinebehandlung bei extraurethralen blennorrhoischen Affektionen, ein Hauptgewicht aber legt er auf die diagnostische Seite des Verfahrens, indem er rät, nach jeder Blennorrhoebehandlung zur Feststellung der wirklichen definitiven Heilung Vakzineinjektionen zu geben. Bei etwa der Hälfte seiner Fälle erfolgte darauf erneut ein gonokokkenhaltiger Ausfluß. Es ist auch zu beachten, daß selbst die von vornherein verdächtigen Fälle oft erst auf eine zweite oder gar dritte Einspritzung reagieren. Zur Erklärung der Vakzinewirkung nimmt Verfasser eine spezifische Gewebsreaktion an; denn eine Immunisierung des Körpers oder eine direkte spezifische Wirkung auf den Krankheitserreger findet, wie des weiteren dargelegt wird, nicht statt. Beachtenswert sind auch die Erfahrungen, welche R. mit der therapeutischen subkutanen Einspritzung der durch Punktion der entzündlichen blennorrhoischen Hydrozele gewonnenen Flüssigkeit resp. des Exsudates von blennorrhoisch erkrankten Kniegelenken erzielte. A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Bestimmung des diagnostischen Wertes der Antigonokokkenvakzine, von A. Decastro-Seattle. (Gazz. internaz. di M. e Chir., 1914, Nr. 10.) Verfasser benutzte als Vakzine den „Neisser Bacterin Mixed" der Firma Mulford. Schlußfolgerungen: 1. Die Antigonokokkenvakzine stellt ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel für zweifelhafte oder Simulationsfälle (gerichtlich medizinisches Gebiet). 2. Die beste Methode der Diagnose der Blennorrhoe durch die Vakzine ist die intradermatische. 3. Die sogenannte „idiopathische" Hydrozele ist keine selbständige Krankheitsform; sie kann auch von einer Gonokokkeninfektion abhängen. 4. Um eine endgültige Heilung dieses Leidens zu erzielen, braucht man nicht immer eine radikale chirurgische Operation auszuführen; es genügt zuweilen, die Flüssigkeit zu entfernen und die Ursache der Krankheit, d. h. die Gonokokkeninfektion, zu beseitigen. K. Rühl-Turin.

Verschiedenes.

Prof. Shibasaburo Kitasato hat die Leitung des Kaiserl. Institutes für das Studium der Infektionskrankheiten aufgegeben und ist an die Spitze des privaten Tokio-Kitasato-Institutes für Infektionskrankheiten in Sankocho, Shibaku, Tokio getreten; demselben gehört auch Sahachiro Hata als Abteilungsvorsteher an.

Priv.-Doz. Dr. Benjamin Lipschütz-Wien, welcher die beiden Belagerungen in Przemysl mitgemacht hat und gefangen genommen wurde, ist, nachdem er auch noch Flecktyphus überstanden, wieder nach Wien zurückgekehrt.

Dr. Hugh Mackay wurde zum Lektor für Dermatologie an der University of Manitoba, Canada, ernannt.

Dozent Dr. Chr. Rasch, Direktor der dermatologischen Universitätsklinik in Kopenhagen, wurde in die dortige medizinische Fakultät als Mitglied aufgenommen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

7. August 1915 | Nr. 32 | Band 61

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

I. Teil.

(Fortsetzung.)

Wir müssen nun diese neue Anschauung über die den Blutkreislauf regulierenden Kräfte, von der wir erwähnt haben, daß sie in den modernen Lehrbüchern der Physiologie bereits niedergelegt sei, hier näher betrachten und dann versuchen, mit Hilfe derselben die entzündlichen Erscheinungen zu erklären, das ist auf Grund derselben eine neue Theorie über die Entstehung und das Wesen der Entzündung aufzustellen.

Ich gehe von dem Lehrbuch von Mareš (Physiologie. III. Teil. 2. Abschnitt) aus und zitiere den Versuch von Bier: „Die Extremität (eines Schweines) wurde mit der Esmarchschen Binde anämisiert und etwa 4 cm unterhalb der Binde amputiert, so daß zwischen der Binde und der Schnittfläche ein Stück Extremität samt einem Streifen Haut mit dem Körper in Verbindung blieb; die durchschnittenen Arterien blieben offen. Nach Lockerung der Binde schoß das Blut in den übriggebliebenen Teil der Extremität und spritzte aus den offenen Arterien an der stark blutenden Schnittfläche hervor. Trotzdem aber stellte sich eine Hyperämie des anämisierten Extremitätenstummels ein, die zwischen Binde und Schnittfläche übriggebliebene Haut wurde infolge einer heftigen reaktiven Hyperämie rot. Dieses Experiment ist sehr lehrreich: die anämische Haut saugt das Blut auch aus den offenen Arterien, aus denen es hervorspritzt, in sich auf; das Blut kann unmöglich durch den Blutdruck in den geöffneten Arterien in die Haut hineingedrückt werden; es ist nicht anders möglich, als daß das anämische Gewebe das Blut aufsaugt und aus den geöffneten Arterien auffängt. Bier dachte hier an einen sehr verminderten Widerstand in dem Gewebe, der vielleicht in einer anämischen Abschwächung der elastischen Gewebsspannung seine Ursache haben könnte; aber die Widerstandsabnahme wäre doch nur eine negative Kraft, unwirksam in geöffneten Arterien, wo beim Ausfluß überhaupt kein Widerstand vorhanden ist. Übrigens forschte

Digitized by Google

Bier nicht nach der Mechanik dieser Saugwirkung des Gewebes, indem er nur auf ihr Vorhandsein und auf ihre biologische Bedeutung Gewicht legte; jene verdeckte Mechanik bezeichnete er mit dem unklaren Ausdruck: „Lebenseinflüsse“: die Gewebe regulieren sich selbst den Zufluß arteriellen Blutes nach Bedarf durch Zelltätigkeit.“

Es war Bier gelungen, die Saugwirkung des Gewebes auf den Blutstrom als Tatsache zu beweisen. Die Mechanik dieser Wirkung hat aber weder er zu erklären vermocht, noch die anderen Autoren, welche dies nach ihm versuchten. Soviel läßt sich aber schon auf Grund des Bierschen Versuches behaupten, daß diese Mechanik von den Veränderungen im Protoplasma der Organzellen beherrscht wird. „Der eigentliche Schauplatz,“ mit diesen Worten beschließt Mareš den zitierten Abschnitt, „für den Lebensprozeß sind die Organe, i. e. das Protoplasma, aus dem diese bestehen. Das Organprotoplasma reguliert die Zufuhr aller ihrer Bedürfnisse, vor allem der respiratorischen.“ Mit welchen Mitteln aber das Protoplasma die Zufuhr der Substanzen reguliert, deren es bedarf, worin die Saugwirkung des anämisierten Gewebes auf den Blutstrom beruht, mit welchen Kräften sie arbeitet, ist uns bis jetzt noch unbekannt, aber daß dies geschieht, steht fest. Das Organprotoplasma reguliert die Zufuhr aller Bedürfnisse der Organe. Das Protoplasma reguliert nach Bedarf die Zufuhr der Substanzen, deren es bedarf. War es infolge Anämisierung asphyktisch geworden, saugt es, wie Bier experimentell gezeigt hat, mit Hilfe der Gefäße und Kapillaren reichlich frisches, sauerstoffreiches, arterielles Blut an.

Von dieser Erfahrung ist, wie man sieht, zur Erklärung der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen nur ein kleiner Schritt. Sind im Protoplasma der Gewebszellen derartige Veränderungen entstanden, daß das Protoplasma andere Substanzen braucht, als ihm für gewöhnlich zugeführt werden, reguliert es die Zufuhr dieser Substanzen selbst, so wie es, wie nachgewiesen wurde, die Zufuhr des Sauerstoffs, dessen es bedarf, selbst reguliert, wenn es vorher asphyktisch gemacht worden war, und wie es in normalen Zeiten die Zufuhr der zu seinem Leben notwendigen Substanzen selbst reguliert.

Mit welchen Kräften aber das Zellprotoplasma diese Zufuhr der notwendigen Substanzen reguliert, wissen wir auch hier nicht. Dafür aber wissen wir, daß das Resultat dieser Kräfte die uns schon längst bekannten entzündlichen Erscheinungen sind: die Erweiterung der Blutgefäße, die anfängliche Beschleunigung und nachträgliche Verlangsamung des Blutstroms, die Anhäufung großer Mengen weißer Blutkörperchen in den Ge-

Digitized by Google

fäßen, speziell in deren protoplasmatischer Schicht, die seröse und zelluläre Exsudation ins Gewebe und, wenn nötig, auch die Bildung neuer Blutbahnen.

Meine Erklärung der entzündlichen Erscheinungen an den Blutgefäßen lautet demnach wie folgt: im Protoplasma der Gewebszellen entstehen Veränderungen, wegen welcher dasselbe eines anderen Ernährungsmaterials bedarf als es de norma erhält. Daher reguliert dasselbe die Zufuhr dieses Materials nach seinem Bedarf, sowie im Bierschen Versuch das sauerstoffarme Protoplasma die Zufuhr reguliert, und zwar, solange dies angeht, mit denselben Kräften und auf demselben Wege, auf welchem es sich die zur Erhaltung seiner Existenz notwendigen Mittel de norma verschafft. Das sauerstoffarme Protoplasma inszeniert einen stärkeren Zufluß arteriellen Blutes in die entsprechenden Kapillaren, um aus demselben seinen Sauerstoffmangel zu beheben. Das Protoplasma, das durch einen Reiz lädiert wurde, der imstande ist, eine entzündliche Reaktion hervorzurufen, bedarf ebenfalls einer veränderten Zufuhr der Nährstoffe. Es bedarf, wie man aus den entzündlichen Erscheinungen an den Gefäßen erschließen kann, des sogenannten entzündlichen und zellulären Exsudats. Um dieses zu erzielen, schafft es das zur Erzeugung desselben notwendige Material in die Kapillaren herbei. Daher inszeniert es eine Dilatation der Gefäße und einen vermehrten Blutzufluß. Daher verlangsamt es ferner den Blutstrom, damit sich die Leukozyten in reichlicher Menge in den erweiterten Gefäßen anhäufen können. Schließlich muß das „Exsudat" aus den Gefäßen und Kapillaren nach außen zum Plasma gelangen. Alle bisherigen Theorien nehmen an, daß dies nur durch Läsion der Gefäßwände, entweder durch direkte Wirkung der reizenden Substanz, oder durch Wirkung einer gesteigerten Reizung der vasomotorischen Nerven möglich ist. Ist dies notwendig und richtig? Absolut nicht. Was ist denn jenes Exsudat? Es ist dies jenes Nährmaterial, das das Protoplasma der Gewebszellen, wenn sich dasselbe unter veränderten Verhältnissen befindet, den Blutkapillaren entnimmt. Es besteht aus einem flüssigen und einem zelligen Anteil. Das Zellprotoplasma entnimmt den Blutkapillaren auch unter normalen Verhältnissen die zu seinem Leben notwendigen Nährstoffe mit Hilfe des Gewebssaftes und der Lymphe. Auch unter normalen Verhältnissen empfängt also das Plasma der Gewebszellen aus den Blutkapillaren eine gewisse Menge flüssigen Materials und auch etwas geformte Elemente. Früher stellte man sich vor, daß dieser Vorgang nach rein mechanischen Gesetzen, durch

Digitized by Google

Filtration stattfinde. Diese Ansicht ist aber heutzutage so gut wie verlassen. In gleicher Weise muß auch die mechanische Erklärung der Entstehung und des Durchtritts „des entzündlichen Exsudats" aufgegeben werden. Wenn dieses „Exsudat", wie wir bewiesen haben, nichts anderes ist als verändertes Nährmaterial, müssen wir zugeben, daß es auf analoge Weise die Blutgefäße verläßt wie das normale Nährmaterial, nämlich durch die sekretorische Tätigkeit des Endothels der Blutkapillaren; allerdings aber der normalen, absolut unverletzten, weil sie sonst diese sekretorische Tätigkeit nicht ausüben könnten. Demnach stellt das „entzündliche Exsudat" im Gewebe nicht etwas absolut Neues, früher daselbst in keiner Form Dagewesenes dar, sondern ist der durch die im Protoplasma der entzündlich gereizten Gewebszelle entstandenen Verhältnisse qualitativ und quantitativ veränderte, von den Endothelien der Blutkapillaren zum Plasma der Organzellen sezernierte Gewebssaft und Lymphe.

In diesem Lichte erscheinen die entzündlichen Prozesse an den Gefäßen und Blutkapillaren als vollkommenes Analogen der Hypersekretion des Schweißes. So wie sich diese Reaktion von dem normalen Zustand nur durch das quantitativ und eventuell auch qualitativ veränderte Sekret der Schweißdrüsen unterscheidet, so ist auch das „entzündliche Exsudat" — der wesentlichste Bestandteil der entzündlichen Erscheinungen an den Gefäßen — nichts anderes als das quantitativ und qualitativ veränderte Sekret der Endothelien der Blutkapillaren. So wie die Schweißdrüse das Organ der Schweißreaktion ist, sind die Endothelien der Kapillaren das Organ der entzündlichen Reaktion, resp. deren Gefäßkomponente. Ich möchte aber betonen, daß sich das „entzündliche Exsudat" nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ vom normalen Gewebssaft und von der Lymphe unterscheidet. Es enthält stets auffallend viele zellige Elemente und sein flüssiger Bestandteil steht, was seine Zusammensetzung anbelangt, dem Blutplasma am nächsten. Aus unserer Definition des „entzündlichen Exsudates", welche dahin lautet, daß es nichts anderes ist als der den veränderten Verhältnissen im Zellplasma angepaßte Gewebssaft und die Lymphe, geht notwendigerweise auch seine Variabilität hervor. Wir haben oben gesagt, daß das Organprotoplasma alle seine Bedürfnisse reguliert. Nach den in ihm auftretenden Veränderungen richtet sich auch die Regulierung seiner Bedürfnisse, die Regulierung des Gewebssaftes und der Lymphe und auch des „entzündlichen Exsudates". Deshalb sehen wir, daß das Exsudat einmal mehr zellige Elemente, ein andermal mehr Flüssigkeit enthält. Und auch diese ist nicht immer von der gleichen

Digitized by Google

Zusammensetzung. Sie enthält manchmal mehr, manchmal weniger Fibrin, bald mehr, bald weniger Eiweiß, noch ganz abgesehen von der schwankenden Prozentzahl der verschiedenen Salze usw. Alles richtet sich nach dem Bedarf des lädierten Protoplasmas, nach den Veränderungen, die in demselben hervorgerufen wurden und infolgedessen auch nach der Qualität und Intensität der Noxe, die jene Veränderungen im Protoplasma hervorrief.

Das „entzündliche Exsudat" ist, wie wir gesehen haben, wenigstens in seiner flüssigen Komponente einer jeden anderen Sekretion analog und steht daher sicherlich unter dem Einfluß einer analogen Kraft: der sekretorischen Tätigkeit der Endothelien. Bezüglich seiner zelligen Komponente stellen wir uns vor, daß diese durch eigene amöboide Bewegungen die Gefäßwände durchdringt. Diese die Bewegungen regulierende Kraft bezeichnet Metschnikoff als Chemotaxis. Die Beherrschung dieser Kraft schiebt er der reizenden, die Entzündung hervorrufenden Substanz zu. Die Metschnikoffsche Ansicht muß vorläufig als die beste akzeptiert werden, obwohl sie eigentlich nichts Genaueres besagt. Aber in Befolgung des Prinzips und infolge der Tatsache, daß das Zellprotoplasma sich seine Bedürfnisse selbst beschafft, werden wir den Sitz der Herrschaft über die Chemotaxis aus der toten reizenden Masse in das lebendige gereizte Zellprotoplasma verlegen. Wir nehmen also an, daß das gereizte Zellprotoplasma, indem es andere Substanzen braucht als es de norma erhält, sich diese teils durch Sekretion des Kapillarendothels, teils durch Chemotaxis verschafft. Bevor es aber zur Bildung des Exsudats kommt, muß das lädierte Zellprotoplasma dafür sorgen, daß, wie wir schon oben gesagt haben, vorher eine ganze Reihe notwendiger Vorkehrungen getroffen werde. Zunächst müssen die Blutgefäße erweitert werden, muß der Blutstrom in denselben anfangs beschleunigt, sodann aber verlangsamt werden, muß ferner in diesen Gefäßen eine große Menge leukozytärer Elemente angesammelt und muß eventuell dafür gesorgt werden, daß das zur Bildung des „Exsudats" notwendige Material mittels neugebildeter Kapillaren in das Bereich des Zellplasmas transportiert werde. Unter normalen Verhältnissen genügen die Lymphspalten in der Hornhaut vollständig zur Herbeischaffung des Nährmaterials an die Gewebszellen aus den an der Peripherie der Hornhaut befindlichen Gefäßen. Sobald aber das Protoplasma irgend einer lädierten Zelle eine größere Menge des auch qualitativ veränderten, an zelligen Elementen reicheren Nährmaterials bedarf, genügen die Lymphspalten nicht mehr zur Zufuhr. Es müssen neue, breitere, schnellere Bahnen, i. e. neue Gefäße und Kapillaren gebildet werden. Mit Hilfe welcher Kräfte dies aber geschieht, ist nicht zu sagen — durch Lebenskräfte.

Digitized by Google

Auch können wir bis jetzt noch nicht die Frage befriedigend beantworten, durch welche Kräfte die übrigen, oben erwähnten, vorbereitenden Erscheinungen besorgt werden: die Erweiterung der Gefäße, die Beschleunigung und nachträgliche Verlangsamung des Blutstromes in denselben und die Anhäufung leukozytärer Elemente.

Eine Komponente dieser Kräfte dürfte die vasomotorische, speziell die vasodilatatorische Innervation sein, allerdings nicht eine solche von der Art, wie sie bis jetzt aufgefaßt wurde, nämlich als eine Einrichtung zur Unterdrückung der tonischen Kontraktion der Gefäßmuskulatur, also zur Verminderung des Widerstandes und als Folge dessen zur Erleichterung der Herzarbeit, sondern von der Art, wie sie nach unseren geänderten Ansichten über die den Blutkreislauf beherrschenden Kräfte aufgefaßt werden muß. Ich kann mich hier mit diesem Thema nicht weiter befassen. Für die Bedürfnisse der vorliegenden Arbeit und für das Verständnis des Gesagten wird, glaube ich, der letzte Absatz über die vasomotorische Innervation in dem Buch von Mareš genügen: „Die Erkenntnis der aktiven Mitwirkung des Gefäßsystems, speziell der Organkapillaren beim Antrieb des Blutstromes durch die einzelnen Organe führt unausweichlich zur Revision der Lehre von der vasomotorischen Innervation. Die „vasodilatatorische" Innervation weckt die motorischen Kräfte der Gefäße zur Beschleunigung des Blutstromes durch das Organ; diese Kräfte wirken sicher rhythmisch, wenn sie das Blut antreiben sollen. Die „vasokonstriktorische" Innervation unterdrückt diese rhythmisch wirkenden Kräfte und verringert damit den Blutstrom durch das Organ. Die Gefäßmuskulatur ist, wie die einkernigen Muskeln überhaupt, zu einer doppelten Tätigkeit befähigt: sie zieht sich zusammen und erschlafft rhythmisch oder sie verharrt in tonischer Kontraktion. Die rhythmischen Bewegungen der Arterien des Ohrläppchens sind nach Schiff von der Innervation abhängig: sollte dies nicht eben die „vasodilatatorische" Innervation sein? Die „vasokonstriktorische" Innervation bedingt unzweifelhaft die tonische Kontraktion der Gefäßmuskulatur."

Aus dieser Auffassung der vasodilatatorischen Innervation geht klar hervor, daß wir uns mit Hilfe dieser Kraft die anfängliche Dilatation der Gefäße und die Beschleunigung des Blutstroms in denselben erklären können, aber keineswegs die übrigen Erscheinungen: die Verlangsamung des Blutstroms und die Anhäufung von Leukozyten in den Gefäßen. Vielleicht gelingt es uns mit der Zeit, auch für diese Erscheinungen die entsprechenden Kräfte zu finden.

Die eben gegebene Erklärung der entzündlichen Erscheinungen betrifft, ich wiederhole nochmals, nur die Erscheinungen an den Gefäßen und Kapillaren. Die entzündlichen Effloreszenzen, i. e. die klinischen

Digitized by Google

Erscheinungen der Entzündung sind allerdings nicht durch diese Erscheinungen allein bedingt. An deren Entwicklung und Form sind noch Veränderungen beteiligt, die sich beim entzündlichen Prozeß im Gewebe selbst abspielen. Diese Veränderungen sind, wie bereits gesagt, so wenig erforscht, ihr Wesen so wenig geklärt, daß eine Bewertung derselben nicht einmal versucht werden kann.

Eine Erwähnung verdient aber noch die Ursache der Entzündung, jener spezifische Reiz, der bei einem jeden normalen Menschen die entzündliche Reaktion hervorzurufen vermag. Dieser Reiz besteht in Veränderungen des Protoplasmas der Gewebszellen, bestehend in einer zur Degeneration und Nekrose führenden Schädigung des Protoplasmas. Die Laesio continui des Protoplasmas vermag an und für sich diese Veränderungen nicht hervorzurufen, wie die Heilung der chirurgischen Wunden per primam, d. i. ohne Entzündung beweist. Diese degenerativen Veränderungen im Zellplasma können durch mechanische, chemische, thermische, Licht- und vielleicht auch elektrische, kurz aus den verschiedensten Quellen stammende Energie bedingt sein. Die häufigste Quelle der chemischen Energie sind zahlreiche pathogene Mikroben, die durch ihre vitale Tätigkeit spezifische giftige Toxine produzieren.

Außerdem aber können, wie die klinische Erfahrung beim Herpes zoster und die Versuche Krjbichs beweisen, jene Veränderungen im Zellplasma auch durch Nerveneinflüsse hervorgerufen werden. Welcher Art diese Nervenfasern sind, läßt sich heute schwer entscheiden, und daher wissen wir auch noch nicht, ob eine Reizung der betreffenden Nerven oder eine Läsion derselben die Ursache der Veränderungen im Zellprotoplasma ist. Nur das eine wissen wir, daß jene Fasern beim Herpes zoster durch das Spinalganglion gehen. Alles übrige beruht auf Vermutungen. In disem Sinne gibt es also eine neurotische Entzündung, ebenso wie eine thermische u. dgl.; ob aber dieselbe eine trophoneurotische oder eine andersartige ist, läßt sich nicht sagen. Sicher aber ist sie nicht eine angioneurotische.

Auf Grund unserer Anschauung über die entzündlichen Gefäßerscheinungen müssen wir auch das Kapitel der Hyperaemia cutanea einer Revision unterziehen. In diese Gruppe reihen wir bekanntlich bis jetzt auch jene Hyperämien ein, welche durch direkte Reizung der Haut mittels einer schwach reizenden Substanz entstehen. Wir diagnostizieren ein Erythema solare, caloricum, toxicum, mechanicum usw. Das werden wir in Zukunft nicht tun dürfen. Diese Erytheme dürfen wir nicht mehr als einfache Hyperämien hinstellen. Diese Hyperämie provozierte das lädierte Zellprotoplasma, um mit ihrer Hilfe eine größere Quantität entsprechend veränderten Gewebssaftes und der Lymphe (des sogenannten

Digitized by Google

entzündlichen Exsudats) zu erlangen. Mit dieser Hyperämie geht also stets eine lebhaftere Absonderung aus den Kapillaren Hand in Hand. Dies ist aber keine reine Hyperämie mehr, sondern stets bereits eine echte Entzündung. Deshalb müssen wir alle diese Hyperämien aus dem Kapitel Hyperämie ausscheiden und unter die Entzündungen einreihen. Sie stellen die niedrigste Stufe der Entzündung dar und die sie begleitenden Erscheinungen stehen im Einklang zu den neuen Bedürfnissen des Plasmas der geschädigten Zellen. Daß dem wirklich so ist, ersieht man am besten aus dem Umstand, daß, sobald die Intensität des Reizes nur ein klein wenig zunimmt, die übrigen entzündlichen Erscheinungen, die bei der niedrigsten Stufe der Entzündung noch nicht zu konstatieren waren, sofort offenkundig werden. Damit entledigen wir uns der sehr häufigen Unsicherheit, ob wir in einem gegebenen Fall Inflammatio oder Hyperämia diagnostizieren sollen. Überall dort, wo man nachweisen kann, daß die Ursache der Erscheinung ein Reiz ist, der befähigt ist, eine Entzündung hervorzurufen, diagnostizieren wir eine Entzündung und zwar auch dann, wenn von den entzündlichen Erscheinungen nur eine Erweiterung der Gefäße und eine Überfüllung derselben mit hellrotem Blut sichtbar ist. Denn auch in diesem Stadium handelt es sich nicht nur um eine einfache Hyperämie; denn auch die anderen Erscheinungen sind in solchen Fällen zugegen, auch wenn man sie, weil sie sehr geringfügig sind, noch nicht zu sehen vermag. Dafür spricht unzweideutig die Abschälung der Hornschicht, mit der solche Fälle zu endigen pflegen und welche beweist, daß hier außer der Dilatation der Gefäße und deren Überfüllung mit Blut auch noch etwas anderes im Spiele war, daß es sich also nicht um eine einfache Hyperämie handelte wie beim angioneurotischen Erythem, nach welchem die Hornschicht unverändert blieb.

Die urtikarielle Reaktion.

Wenn man mit einer Brennessel seine Haut berührt, entsteht auf derselben mit Sicherheit eine klinisch wohl charakterisierte Hautreaktion, die man als Urtikariaquaddel bezeichnet. Diese Erscheinung kann man immer und bei einem jeden gesunden Menschen beobachten. Und nicht allein nach Brennesseln, sondern auch nach vielen anderen Substanzen, die man aus diesem Grunde als urtikariogen bezeichnet.

Die Urtikariaquaddel unterscheidet sich schon durch ihr klinisches Aussehen von allen Effloreszenzen entzündlichen Ursprungs in der Regel so wesentlich, daß dieses allein für die absolute Verschiedenheit und Selbständigkeit der urtikariellen Reaktion von der entzündlichen spricht. Trotzdem wurde aber die Vermutung ausgesprochen, die Urtikariaquaddel sei eigentlich nur eine Erscheinung und ein Produkt der ein wenig

Digitized by Google

modifizierten entzündlichen Reaktion und entstehe vielleicht durch einen Reiz von geringerer Intensität, der die Erscheinungen der entzündlichen Reaktion hervorrufen würde, wenn wir ihn mit genügender Intensität, in genügender Konzentration einwirken ließen. Diese Vermutung hat Winternitz widerlegt, indem er nachgewiesen hat, daß es Substanzen gibt, die in verdünntem Zustand eine urtikarielle Reaktion hervorrufen, aber niemals eine entzündliche Reaktion hervorzurufen vermögen, selbst wenn wir sie in noch so konzentrierter Form anwenden (Morphium, Atropin). Demnach kann die Urtika nicht ein Symptom der Hautreaktion auf entzündliche Reize sein, sondern auf Reize besonderer Art, auf spezifische Reize. Wenn dem aber so ist, dann muß in der Haut eine eigene Vorrichtung vorhanden sein, die befähigt ist, jenen spezifischen Reiz aufzunehmen und auf denselben zu reagieren. Bei der entzündlichen Reaktion ist es uns, wie wir sehen, gelungen, aus den Begleiterscheinungen dieser Reaktion, aus der richtigen Bewertung derselben ein bestimmtes Organ zu erschließen, das diese Erscheinungen besorgt. Dasselbe wollen wir nun auch bei der urtikariellen Reaktion versuchen.

Die Begleiterscheinungen der urtikariellen Reaktion sind höchst einfach. Was ist das Wesen der Urtika? Nach der übereinstimmenden Anschauung ein Ödem des Bindegewebes der Haut, verbunden mit einer beträchtlichen Dilatation der Lymphspalten und Lymphkapillaren. Bei einfachen, nichtkomplizierten Fällen finden wir nichts weiter. Die das Ödem bedingende Flüssigkeit haben schon unzählige Autoren untersucht, aber das Resultat war stets absolut unbefriedigend. Jeder Autor behauptet etwas anderes. Unna und Neisser glauben, es handle sich um Bluttranssudat, Philippson hält es für identisch mit entzündlichem Exsudat. Török fand in ihr mehr Eiweiß als im entzündlichen Exsudat und behauptet daher, sie sei vom entzündlichen Ödem vollständig different. Auch Kreibich meint, sie sei weder ein entzündliches Exsudat, noch ein Transsudat, sondern eine dem Blutplasma verwandte Flüssigkeit, aber keine Lymphe. Wir befinden uns also, wie man sieht, in einem wahren Chaos. Auf Grund der bisherigen Arbeiten ist es absolut nicht möglich, irgend eine Anschauung über das Wesen der urtikariellen Flüssigkeit und daher auch nicht des Ödems zu akzeptieren, das jene Flüssigkeit hervorruft und das die einzige objektive Erscheinung der urtikariellen Reaktion darstellt. Daher kann man diese Erscheinung auch nicht richtig bewerten, man kann unmöglich sagen, worin ihr pathologisch-anatomischer Ursprung beruht. Es ist diesmal merkwürdig, daß dieser Mangel, wie es scheint, so wenig empfunden wird. Die Verfasser unserer Lehrbücher gehen zumeist über diesen Mangel einfach hinweg, selbst wenn sie das auf pathologisch-anatomischer Basis aufgebaute System der Hautkrankheiten

Digitized by Google

beibehalten. Es wurde die Theorie aufgestellt, das urtikarielle Ödem entstehe durch Reizung der vasomotorischen Nerven. Es wurde daher als angioneurotisches Ödem bezeichnet und die Urtikaria gemeinsam mit einigen anderen klinischen Einheiten, deren Morphae durch ein ähnliches Ödem bedingt werden, in die Gruppe der kutanen Angioneurosen eingereiht. Diese Gruppe besteht sogar in Lehrbüchern, die auf streng pathologisch-anatomischer Einteilung der Materie aufgebaut zu sein vorgeben. Und doch muß nicht erst besonders bewiesen werden, daß diese Gruppe auf rein genetischer und nicht auf pathologisch-anatomischer Basis ruht. Diese Lösung der Frage kann uns also insolange nicht befriedigen, als es unser Bestreben sein wird, für alle Hautkrankheiten deren wahre pathologisch-anatomische Natur zu finden und das Material einzig und allein nach diesem Gesichtspunkt einzuteilen, ganz abgesehen davon, daß wir auf Grund der modernen physiologischen Forschungen unbedingt die Ansicht fallen lassen müssen, daß die Blutgefäße infolge Reizung der vasomotorischen Nerven durchlässig werden können.

(Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

Zeitschrift für Urologie.

Bd. 9, H. 4.

Zwei Fälle von Nephritis chronica dolorosa ohne jeglichen Harnbefund, von W. Misch-Marienbad. Der Verfasser beobachtete zwei Fälle der genannten Krankheit: die Beschwerden der Patienten bestanden in heftigen, einseitigen, z. T. kolikartigen Schmerzen in der Nierengegend, besonders bei körperlicher Betätigung. In einem Falle war eine akute Nephritis vorausgegangen, im anderen ließ sich mikroskopisch nichts Derartiges nachweisen. Bei beiden ergaben sowohl die chemisch-mikroskopische Urinuntersuchung, als auch die Röntgenuntersuchung und die Zystoskopie vollkommen normale Verhältnisse. Nur die Füllung des Nierenbeckens mit Flüssigkeit durch den Ureterenkatheter lösten die Schmerzen aus. Die Niere wurde operativ freigelegt und dekapsuliert, zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stück exzidiert. Die Operation führte in beiden Fällen zur Heilung. Der makroskopische Befund bei der Operation war in beiden Fällen gleich: stellenweise narbige Inseln auf der Capsula fibrosa, die Capsula adiposa war von feinen Strängen durchzogen; keine Hydronephrose; etwas kurzer Nierenstiel. Mikroskopisch fand sich im ersten Falle eine chronische parenchymatöse Nephritis, im zweiten Falle zeigte sich hauptsächlich eine Wucherung des interstitiellen Gewebes und ausgesprochene Erscheinungen einer Stase, im Parenchym waren die Veränderungen nur sekundär und schwach ausgeprägt. Die Sicherung der Diagnose ist also nur durch die histologische Untersuchung möglich, die Literatur über dieses Krankheitsbild ist bisher nur ganz spärlich.

Heft 5.

Zur Hochfrequenzbehandlung von Papillomen in der Nähe des Orificium internum urethrae, von H. Lohnstein-Berlin. L. beschreibt ein Instrument, das gestattet, ganz nahe am Orificium internum gelegene Papillome mit der Hochfrequenzsonde

Digitized by Google

zu treffen. Den Ausgangspunkt für die Konstruktion bildete das Schlagintweitsche retrograde Zystoskop: durch Heraushebeln des zweiten Prismas beschreibt die Sonde einen Halbkreis, ihre Spitze verläuft also parallel mit dem Zystoskopschaft nach rückwärts.

Die deutsche Urologie im Weltkriege, von H. Lohnstein-Berlin. Die vorliegende Arbeit ist ein Sammelreferat über die bis Februar d. J. in der deutschen und deutsch-österreichischen Literatur erschienenen kriegschirurgischen Arbeiten aus dem Sondergebiete der Urologie, die nach den einzelnen Abschnitten des Urogenitalsystems geordnet sind: Nieren- und Harnleiterverletzungen sind verhältnismäßig selten beschrieben worden; es wird auf die Bedeutung der Hämaturie für die Diagnose der Nierenverletzungen hingewiesen, die so charakteristisch ist, daß selbst bei Vorhandensein von Eiweiß, aber bei Fehlen von Blutzellen im Urin eine Nierenverletzung ausgeschlossen werden kann. Für die Behandlung von Nierenschüssen ergibt sich, daß Nierenblutungen nur selten Veranlassung zu chirurgischer Beandlung ergeben, sondern daß die Blutung bei konservativen Maßnahmen (Ruhe) allein bald nachließ. Ferner zeigte sich, daß Erkältung und Durchnässung die Veranlassung für akute Nierenentzündungen sein können. Häufiger ist die Mitbeteiligung der Blase an Kriegsverletzungen. Bei den eigentlichen Blasenschüssen ist zwischen intra- und extraperitonealen Verletzungen zu unterscheiden; bei diesen fließt gewöhnlich der Urin aus dem Schußkanale heraus. Bei jenem sind die Beschwerden, besonders der Tenesmus, viel stärker, ihre Prognose ist viel schlechter, die Mortalität dabei beträgt etwa 50%. Am ausgesprochensten aber sind die Beschwerden, wenn das Geschoß in der Blase stecken bleibt, die Heilungsaussichten dabei sind aber günstiger. Hämaturie ist bei Blasenverletzungen zwar nicht vorhanden, doch kann der Urin auch frei vom Blut sein, bei starken Blutungen ist der Tenesmus am stärksten. Die Schwere der Blasenverletzung wird mitbestimmt durch den Grad der Blasenfüllung im Augenblicke der Verwundung. Ein gleichmäßiges Symptomenbild, nämlich absolute Harnverhaltung, bieten die Fälle von Blasenlähmung infolge von Rückenmarksverletzungen. Bei einfacher Erschütterung des Rückenmarks zeigt sich häufig dasselbe Bild der Blasenlähmung, doch verschwindet sie hierbei meist bald wieder; ebenso kann die Blasenlähmung spontan zurückgehen, wenn es sich nur um Kompressionswirkung handelte und der Druck operativ beseitigt werden kann. Bei Zertrümmerung des Rückenmarks aber ist die Prognose sehr ernst, da Zystitis und Pyelonephritis fast unvermeidbar sind. Besonders ist noch auf Blasenstörungen bei Verwundeten hinzuweisen, deren Verletzung in keiner Beziehung zur Blase oder zum Zentralnervensystem steht, und die entweder in kompletter Retention oder einfacher Pollakurie bestehen. Diese Kranken litten vorher an chronischer Prostatitis und infolge der erhöhten Inanspruchnahme des Detrusors an typischer Balkenblase. Es wird vermutet, daß die Insuffizenz des Detrusors hierbei als Folge einer während des Krankenlagers aufgetretenen Kongestion der Blasenschleimhaut aufzufassen sei.

Urologisches vom Kriegsschauplatz, von A. Rotschild. Kurze Mitteilungen über Nieren- und Blasenverletzungen, die der Verfasser behandelte.

Heft 6.

Zur Entwicklung der klinischen Harndiagnostik in chemischer und mikroskopischer Beziehung, von Erich Ebstein-Leipzig. Die Arbeit enthält eine geschichtliche Darstellung der Erfindung und Entwicklung der Eiweißproben im Harn.

Deutsche Urologie im Weltkriege, von H. Lohnstein-Berlin. (Fortsetzung und Schluß.) Harnröhren- und Penisverletzungen sind im allgemeinen häufig und kamen in den verschiedensten Formen zur Beobachtung, meist in Verbindung mit Verletzungen der Nachbarorgane. Weder diagnostisch noch therapeutisch boten sie bemerkenswerte

Digitized by Google

Besonderheiten dar. Das Schicksal der Patienten ist abhängig von der schnellen Erreichbarkeit der ersten Hilfe, während dagegen Urininfiltration mit Phlegmona resp. allgemeiner Sepsis die Prognose außerordentlich verschlechtert. Bei Verletzungen des Hodensackes und der Hoden führte meist die konservative Behandlung zum Ziele, wenn nur für genügenden Abfluß des Wundsekretes und Reinhaltung der Wunden gesorgt war. Zum Schlusse werden noch die bisher erschienenen Arbeiten über die Bekämpfung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten im Kriege kurz referiert.

H. Boehme-Leipzig.

The urologic and cutaneous Review.

November 1914, H. 11.

1. Über das Initialstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq), von Dr. W. Dreuw-Berlin. Dreuw hat einen großen Teil seiner Beobachtungen und Schlußfolgerungen über die Haarkrankheiten in der deutschen Literatur niedergelegt. Er meint, daß der Haarpflege in der Jugend zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, und daß ebenso wie für die Schulen Schulzahnärzte angestellt werden müßten, auch die Anstellung von Haarärzten für die Schulen von segensreicher Wirkung sein würde; denn die Kenntnis der Haarkrankheiten sei vom praktischen Arzte nicht zu verlangen; aber auch der Dermatologe könne nur nützlich durch eine genaue und gründliche Beobachtung der Haarerkrankungen wirken, und auch nur, wenn ihm die Fälle von Kopfhauterkrankungen im frühen Anfang vor Augen kämen, noch therapeutisch wirksam eingreifen. Über seine eigenen Beobachtungen, speziell bei einer Schulepidemie, hat Dreuw ausführlich berichtet, und die Zahlen, die er seinen Beobachtungen verdankt, sind sehr stattlich (cf. Original.) Als Vorstufe für die Alopecia atrophicans betrachtet Dreuw die Alopecia parvimaculata, deren Krankheitsbild er ausführlich beschreibt und durch Abbildungen illustriert. Die Alopecia parvimaculata kann mit oder ohne Atrophie einhergehen; sie kann ein ganz vereinzelter Herd sein oder in vielfachen, oft konfluierenden Herden auftreten. Die von Dreuw beobachtete und zurzeit in den Monatsheften für praktische Dermatologie beschriebene Form der Erkrankung, von der er 120—200 Fälle sah, ist die Alopecia atrophicans. Hier sei auf die ausführliche Wiedergabe des klinischen Bildes und der differential-diagnostischen Merkmale verzichtet und von Therapie nur folgendes erwähnt: statt einer sehr intensiven Therapie mit Chrysarobin und Karbolsäure empfiehlt der Verfasser mehr ein milderes Vorgehen und zwar innerlich und äußerlich. In ersterer Hinsicht As. und Eisen; äußerlich verwendet er Hochfrequenzströme und Röntgenstrahlen und eventuell die Quarzlampe; von Einreibungen: a) eine spirituöse (Ol. rusc .20,0, β-Naphtol 4,0, Acid. salicyl. 4,0, Resorcin 4,0, Spir. vin. ad 200,0) 1—2mal täglich in die Flecke zu verreiben; b) zweimal wöchentlich Kopfwaschen mit Salicyl.-Sulfur.-fermentin-Seife; c) eventuell eine Salbe jeden Abend in die Flecke einzureiben (Sulfur. praecipitat. 10,0 [oder Pyrogallol 1,0] Resorcin 4,0, Lanolin anhydr. ad 100,0).

2. Ein Rückblick auf die Urethroscopia posterior, von S. Engländer-Cleveland, Ohio. Engländer gibt uns einen knapp gefaßten Rückblick über die Fortschritte, welche dank der Endoscopia posterior in der Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Urethra posterior, der Prostata usw. gemacht worden sind. Ganz besonders wichtig ist die Endoscopia posterior, wenn es sich um kleine Krankheitsherde handelt, bei denen eine exakte örtliche Behandlung erforderlich ist, z. B. der Applikation konzentrierter Silbersalzlösungen oder Jodtinktur auf Granulationen oder den geschwollenen und ödematösen Kollikulus oder geschwürige Stellen daselbst usw. Ebenso bedeutsam ist die Anwendung der Endoscopia posterior bei Erkrankungen der Prostata, in denen sie oft die durch den

Digitized by Google

Finger vom Rektum aus gestellten Diagnosen bestätigt oder berichtigt; die Frage, ob es sich um eine senile Prostatitis oder eine blennorrhoische oder eine durch andere Noxen hervorgerufene handelt, kann nach des Verfassers Meinung oft nur durch die Beleuchtung der Urethra posterior in der Vollkommenheit, wie wir dieselbe jetzt haben, erreicht werden. Engländer belegt diese Behauptungen durch beigefügte Krankengeschichten.

3. Über eine seltene Anomalie der Arterie und Vene des linken Ovariums, von H. K. Bonn-Indianopolis. Ein interessanter Beitrag zu den Anomalien des anatomischen Verlaufes der Arterien und Venen des Ovariums, die im allgemeinen rechts und links verschiedene Ursprungsstellen von der Aorta und verschiedene Eintrittsstellen in die Vena cava haben, teils direkt — teils in die Arteria spermatica interna, teils wie im vorliegenden Falle aus einer anormalen zweiten Nierenarterie (resp. Nierenvene). Für das genaue Studium cf. Original.

4. Über den Wert der Untersuchung auf Spermatozoen bei Sterilität, von Max Hübner-New York. Vor ungefähr einem Jahre hat der Verfasser ein — wie er in den einleitenden Worten sagt epochemachendes Werk — über die Ursachen der Sterilität geschrieben; ehe er nun die günstigen Erfahrungen, die er seitdem mit seinen Untersuchungen über diesen Gegenstand gemacht hat, schildert, setzt er in epischer Breite auseinander, wie heiß umstritten diese Frage noch unter den Gynäkologen ist. Die namhaftesten Forscher haben Theorien aufgestellt, die der Verfasser mit großem Fleiße herausgesucht hat und in der vorliegenden Arbeit zitiert. Ein großer Teil der Frauenärzte bezeichnet als Ursache der Sterilität anatomische oder mechanische Anomalien — nicht gerade Krankheiten — der weiblichen Sexualorgane. Ob die Flexionen oder die Versionen des Uterus eine größere Rolle spielen, ob die Form der Portio, die Länge und Enge der Vagina ausschlaggebend sind oder noch andere Momente, welche das Zusammenkommen von Ovum und Sperma hindern, ist im Originale durch zahlreiche Zitationen bedeutender Autoritäten eingehend auseinandergesetzt. Ein anderer Teil der Gynäkologen, als deren Repräsentant Raynold gelten kann, legt der chemischen Beschaffenheit des Uterus- und Vaginalsekretes große Bedeutung bei, d. h. diese suchen aus der Feststellung der alkalischen resp. sauren Reaktion des Sekretes die Sterilität resp. Fertilität beurteilen zu können. Der Verfasser stimmt mit Raynold, dessen Arbeiten ausführlich zitiert werden, darin überein, daß verminderte Alkaleszenz oder gar Hyperazidität die Sterilität verursachen könne, aber nur insoweit, daß er an die Möglichkeit einer Konzeptionsverhinderung in manchen Fällen glaubt, sie jedoch als direkten Grund nicht gelten lassen will. Ebenso stimmt er Kisch nur sehr teilweise zu, wenn dieser in der seelischen Beschaffenheit des Weibes während des Beischlafes einen ausschlaggebenden Faktor sehen will. Kisch glaubt, daß hochgradige Erregtheit der Frau viel zur Konzeption beitragen könne und umgekehrt Gleichgültigkeit dieselbe erschwere; denn es würde im ersten Falle 1. reflektorisch die Drüsensekretion des Uterus usw. angeregt und den Spermatozoen der Zugang erleichtert, 2. auch wohl eine Formveränderung der Portio, die vorteilhaft sei, herbeigeführt. Wenn alle die erwähnten Faktoren sichere Ursachen der Sterilität sein müßten, dann würde keine Frau mehr schwanger werden, und deswegen suchte der Verfasser einen sicheren Anhaltspunkt dafür zu finden, welches das ätiologische Moment für die Sterilität in jedem einzeln zur Untersuchung (ev. Behandlung) kommenden Falle ist. Diesen glaubt der Verfasser in dem genauen Suchen nach Spermatozoen und Untersuchen derselben innerhalb der weiblichen Sexualorgane gefunden zu haben. Hübner weist die ihn „wegen Sterilität" konsultierende Frau an, so schnell als möglich nach einem vollzogenen Beischlaf zu ihm zu kommen; er entnimmt mit einer Platinöse etwas Schleim aus dem Zervix und untersucht das Präparat mikroskopisch. Findet er lebende Spermatozoen, so sind alle die vielen, oben erwähnten Gesichtspunkte

Digitized by Google

hinfällig, denn es sind eben lebende Spermatozoen im Uterus; hinfällig auch jeder Verdacht gegen den Ehemann. Findet man tote Spermatozoen, so muß die Untersuchung des im Kondom aufgefundenen Samens gemacht werden, um festzustellen, ob die Spermatozoen abgestorben gewesen oder erst später zugrunde gegangen sind. Sind die Spermatozoen im Kondompräparate lebend, so liegt die Schuld an dem Sekrete der Zervikal- oder Vaginaldrüsen auch ohne Reaktionsprüfung. Hübner läßt dann die Frau unmittelbar vor dem Koitus eine alkalische Dusche nehmen, untersucht sobald als möglich nach demselben und weiß, daß wenn er jetzt lebendige Spermatozoen findet, eine Hyperazidität der Genitaldrüsen die Schuld trägt; damit hat er den Schlüssel für die Behandlung in der Hand, und Hübner meint, daß überraschend oft alkalische Duschen vor dem Koitus zur Behebung der Sterilität genügen. Hat die alkalische Dusche nicht gewirkt, dann versucht Hübner die Sekretion der Drüsen auf die verschiedensten Methoden (cf. Original und besonders die erste Arbeit des Verfassers) zu beeinflussen. Findet man überhaupt keine Spermatozoen im Uterusschleim, dann ist nach der Ansicht Hübners die Schuld auf seiten des Mannes, auch wenn die Kondomprobe lebende, normale Spermatozoen ergibt. Er zählt eine Menge Anomalien beim Manne auf, die ein normales Kondompräparat liefern, aber die Schuld tragen, daß der normale Samen nicht in die Zervix gelangt; das ist von praktischem Werte, weil oft die Frauen ganz unnötig mit operativen Eingriffen gequält werden. Dann folgt die Beschreibung des weiteren Vorgehens des Verfassers, indem er mittels einer von ihm konstruierten Spritze einige Tage nach dem Beischlaf die Spermatozoen im Fundus uterus sucht, resp. untersucht, und die Schlußfolgerungen, die er an die Befunde knüpft, resp. die Behandlungsmethoden, die das Resultat der Untersuchung logischerweise sein müssen. Er faßt die Vorteile, welche seine Methode hat: systematisch die Spermatozoen vom Austritt aus dem Penis bis zum Fundus uteri auf ihrem Lebenswege zu beobachten, in folgende Thesen zusammen: 1. In vielen Fällen befreit sie die Ehegatten vor jedem Vorwurfe besser als irgend eine andere Methode. 2. In Kombination mit der Kondomuntersuchung erweist sie, ob Mann oder Frau der an der Sterilität schuldige Teil sind. 3. Sie legt klar, wo der Sitz der Ursache der Sterilität bei der Frau ist. 4. Sie liefert eine absolute Indikation für aufklärende, operative Eingriffe an den Adnexen. 5. Sie bildet einen Maßstab für unser therapeutisches Vorgehen, das bisher ziemlich aufs Geratewohl hin geschehen ist. 6. Sie kann ohne Wissen des Ehemannes vorgenommen werden, wenn dieser kein Kondom anwenden will oder kann. 7. Sie ist einfach, harmlos, ohne Kontrast mit andern Manipulationen, und in der Mehrzahl der Fälle wenig zeitraubend.

5. Unklarheiten in den Anschauungen über Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten hereditären Fälle. Ein kritischer Kommentar von Charles C. Mapes-Louisville. In der Einleitung beklagt der Verfasser, daß trotz der hohen Fortschritte der Syphilidologie in den letzten Dezennien die Bezeichnungen und Namen der einzelnen Phasen resp. Erscheinungen der Krankheit in den Lehrbüchern unverändert beibehalten worden seien; er plädiert in erster Reihe für die Einführung der Bezeichnung: „hereditäre syphilitische Dyskrasie" an Stelle von hereditärer Syphilis usw. Dann glaubt er nach seinen und anderer Erfahrungen sich gegen Salvarsan resp. Neosalvarsan speziell bei der hereditären syphilitischen Dyskrasie aber auch bei akquirierter Lues aussprechen zu müssen, da er beide Präparate für nicht ungefährlich und in ihren Erfolgen nicht zuverlässig hält. In jedem Falle müsse man durch regelmäßige Wassermann-Reaktion sich genau über den Befund orientieren.

6. Sexuelle Verkehrtheiten bei einer Frau in mittleren Jahren, von Douglas McMurtrie-New York. Beschreibung eines besonders ausgeprägten Falles von weiblicher Homosexualität bei einer Frau von 40 Jahren, die äußerlich keinerlei abnorme

Digitized by Google

männliche Erscheinungen aufwies, und die sich zu großen Torheiten durch ihre Perversität hinreißen ließ, ohne irgend ein Entgegenkommen bei dem jeweiligen Gegenstande ihrer Neigung zu finden.

7. Zwei interessante Fälle von Hodenverlagerung infolge von Traumen, von John B. Hawkins-Pittsburgh. Nach der Meinung des Verfassers gehören traumatische Lagerveränderungen der Hoden zu den selten beobachteten Vorkommnissen; er hatte Gelegenheit, in sechs Wochen zwei Fälle zu sehen, die er hier beschreibt: im ersten Falle war der linke Hoden nach der Zerreißung einiger Fasern des Poupartschen Bandes in eine extraperitoneale Höhle tief ins Becken in der Richtung des linken Azetabulums verlagert. Im zweiten Falle war eine große Rißwunde über dem Pubes entstanden, und in dieser lag der Körper des Penis, während die Haut in normaler Lage war, und der rechte Hoden befand sich in dem rechten Leistenkanal. In beiden Fällen trat glatte Heilung ein.

8. Prostatektomie unter lokaler Narkose, von Emory Lamphear-St. Louis. Der Verfasser führt die Prostatektomie unter lokaler Anästhesie aus, weil die von ihm geübte Methode (cf. Original) ausreichend lange anästhesiert und er den Gefahren der allgemeinen Narkose entgeht. O. Lasch-Breslau.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Bd. 16, H. 4, 1915.

Fortsetzung der Verhandlungen der 12. Jahresversammlung der D.G.B.G. Diskussion. Aus der sich an die Referate anschließenden Diskussion sind folgende Punkte hervorzuheben: Neisser begründet nochmals seinen hier schon früher erwähnten Antrag, der die Resolution der Versammlung bildet. Rohleder spricht sich für Zwangssterilisierung, etwa durch Röntgenstrahlen, der seelisch und moralisch Degenerierten aus, als einzig erfolgreiche Bekämpfung dieser menschlichen Gebrechen. Flesch widerspricht diesem Vorschlage, da die Gefahr der venerischen Infektion dadurch nicht beseitigt werde und zudem diese minderwertigen Schwachsinnigen ohnehin größtenteils interniert würden. Blaschko weist nochmals auf die sittliche Gefährdung hin, daß die jugendlichen Mädchen auf den Krankenabteilungen durch die älteren Prostituierten ausgesetzt sind, und fordert ihre Trennung in den Krankenhäusern, um nicht jede Besserungsarbeit vergeblich zu machen. Er fordert Möglichkeit einer Beschäftigung der Jugendlichen eventuell durch Arbeitszwang, durch angestellte Lehrer und Lehrerinnen, ferner psychiatrische Untersuchung und, wenn nötig, Behandlung der Prostituierten, sowie Fürsorgemaßnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Er faßt diese Punkte in eine Resolution zusammen. Frau Wegener fordert nicht nur Beschäftigung der Mädchen während ihres Krankenhausaufenthaltes, sondern Ausbildung für einen bestimmten Beruf als Mittel, sie vor dem Hinabgleiten in ihr altes Laster zu bewahren. Frau Schreiber-Krieger teilt mit, daß seit zehn Jahren in Mailand derartige Bestrebungen mit bestem Erfolge durchgeführt werden. Block berichtet über eine Einrichtung in Hannover, die darin besteht, daß Kellnerinnen sich einer regelmäßigen, freiwilligen und unentgeltlichen Kontrolle und Behandlung durch Ärzte unterziehen können, und die immerhin bei einer Anzahl dieser Mädchen zu einer ordentlichen Behandlung und Heilung führe.

Der Einfluß der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau, von Max Flesch-Frankfurt. In dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten müssen die unheilvollen Folgen, die diese Erkrankungen außer für das Individuum selbst, vor allem auch für die wirtschaftliche Entwicklung des ganzen Volkes haben, zu immer erneuten Anstrengungen anspornen. Daß in dieser Beziehung gerade

Digitized by Google

die Erkrankung der Frau von größerer Bedeutung als die des Mannes ist, ist, besonders seit Nöggerath die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang der meisten Frauenleiden mit der Blennorrhoe gelenkt hat, den Ärzten ja bekannt genug und wird von Flesch nochmals in der eindringlichsten Weise geschildert. Er fordert Anzeigepflicht der Ärzte und Zwangsbehandlung der Kranken, die sich nicht freiwillig einer Behandlung unterziehen, ferner bekämpft er jede Einschränkung des Vertriebes antikonzeptioneller Mittel, da diese zurzeit der wirksamste Schutz gegen die Infektion sind.

Heft 5.

Welche strafrechtlichen Folgen würden sich aus der Unterstellung der venerischen Krankheiten unter das Reichsseuchengesetz nach Aufhebung der Reglementierung ergeben? von Max Flesch-Frankfurt. Flesch fordert Aufhebung der Prostitution und Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten. Die Einwände, die dagegen erhoben werden, glaubt er, entkräften zu können. Eine Abwanderung zu den Kurpfuschern, die übrigens bei Unterstellung der Geschlechtskrankheiten unter das Reichsseuchengesetz ebenfalls zur Anzeige verpflichtet wären, hält er für unwesentlich, da die meisten Menschen Krankenkassen angehören, und da die Kranken sehr bald die Nachteile nichtsachgemäßer Behandlung empfinden würden. Außerdem ist er der Ansicht, daß die Kurpfuscher unter dem Zwange der Meldepflicht sehr bald auf die Behandlung Geschlechtskranker verzichten würden. Mit der Schweigepflicht des Arztes aber könne die Anzeigepflicht nicht kollidieren, da die Anzeige eine „befugte Offenbarung" sei und nur ebenfalls schweigepflichtige Beamte davon erführen. Nur bei Nichtbefolgung der gesundheitspolizeilichen Anordnungen durch den Kranken bestünde die Gefahr, daß seine Krankheit andern bekannt würde. Dagegen sieht Flesch in den Akten der Polizei ein Mittel, bei Prozessen wegen Körperverletzung durch Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit dem Infizierenden seine Krankheit und sein Krankheitsbewußtsein nachzuweisen.

Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von Hans Lieske-Leipzig. Die strafgesetzlichen Bestimmungen über die Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit sind verbesserungsbedürftig, denn die Ansteckung ist jetzt im allgemeinen nur als einfache Körperverletzung und somit nur auf Antrag des Verletzten strafbar. Folgeerscheinungen einer geschlechtlichen Ansteckung, die sie zur schweren Körperverletzung machen, treten erst nach so langer Dauer auf, daß dies praktisch keine Rolle spielt. Eine Möglichkeit der Verbesserung würde vielleicht darin bestehen, wenn derjenige, der „einen andern wissentlich der unmittelbaren Gefahr der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit aussetzt", bestraft würde. Doch dieser Weg ist bei der geplanten Strafrechtsreform nicht beschritten worden, da bei nicht erfolgter Ansteckung die Tat wohl nie zur Kenntnis des „Verletzten" gelangen würde, — im anderen Falle ist sie ohnehin strafbar, — und weil durch solche Bestimmungen ein Anreiz zu Erpressungsversuchen gegeben würde. Der Verfasser fügt noch hinzu, daß er zwar diese Begründung nicht als ganz berechtigt anerkenne, daß er aber auf anderem Wege zu derselben Ablehnung kommt, denn sowohl die Scheu des Publikums, eine solche Angelegenheit an die Öffentlichkeit zu bringen, als auch die Schweigepflicht der Ärzte, an der er nichts geändert wissen will, würden solche Bestimmungen doch praktisch unwirksam machen.

Sammelreferat über die bisher erschienenen Arbeiten über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege, von W. Fischer. H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur internen Behandlung der Blennorrhoe mit Kawotal, von O. Leszlényi-Wien. (W. m. W., 1913, Nr. 43.) Das Präparat wird in Gelatinekapseln, welche pro jede 0,25 Ol. Santali und 0,05 Resina Kama-Kama enthalten, in den Handel gebracht. Das Mittel hat sich in einer Dosierung von 6—8 Kapseln pro Tag bei frischen Urethritiden und akuten Nachschüben älterer Prozesse wirkungsvoll erwiesen. H. Vörner-Leipzig.

Behandlung der Blennorrhagie mit Virusvakzine, von L. Cruveilhier. (Semaine méd., 1914, S. 225.) Die Injektionen von Vakzine haben keine konstanten Resultate bei unkomplizierter Harnröhrenerkrankung ergeben. Deshalb führt Verfasser mit Vakzine gefüllte Gelatinestäbchen 1—2mal täglich in die Urethra; diese schmelzen in 30—40 Minuten. Auf diese Weise konnte Verfasser den Tripper in 2—3 Wochen heilen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Vakzinbehandlung der Blennorrhoe, von Carl Bruck-Breslau. (M. Kl., 1914, Nr. 2.) Die Unmöglichkeit mit unseren bisherigen Mitteln an Gonokokkenherde, die nicht an der Oberfläche liegen, wirksam heranzukommen, d. h. die Blennorrhoe und ihre Komplikationen von innen heraus erfolgreich zu behandeln (die alleinige Therapie mittels der Balsamika ist für Bruck indiskutabel), veranlaßte die Verfasser, sich die Errungenschaft der Immunitätsforschung nutzbar zu machen. Nachdem sich die Aussichtslosigkeit einer Serumbehandlung herausgestellt hatte, ging man zu der Vakzinbehandlung über nach den Anregungen der Wrightschen Opsoninlehre, und seit der Einführung des Arthigons durch den Verfasser, ist auf diesem Felde viel und erfolgreich gearbeitet worden. Das Ideal einer Vakzinebehandlung wäre nun eine solche mit autogener Vakzine, die aber leider bisher aus technischen Schwierigkeiten unmöglich ist. Um nun den biologischen Verschiedenheiten der einzelnen Gonokokkenstämme, deren differenter Virulenz und Resistenz möglichst Rechnung zu tragen, stellte Bruck eine möglichst polyvalente Vakzine — das Arthigon — her; außer diesem kommt noch die Reiter-Vakzine besonders in Betracht (während die von Michaelis, Menzer, Wolfsohn angegebenen mehr im Hintergrunde geblieben sind). Bruck steht nun auf dem Standpunkte, mit kleinen Dosen anzufangen, und ziemlich schnell zu steigern, indem er kräftige Reaktionen nicht nur nicht vermeidet, sondern direkt anstrebt, da er überzeugt ist, daß Reaktion und therapeutische Wirkung direkt proportional sind; aus diesem Grunde ist er auch von den intramuskulären zu den intensiver wirkenden intravenösen Injektionen übergegangen: „Wo keine Reaktion mehr zu erzielen ist, da ist auch kein heilender Effekt mehr zu erwarten." Die Wirkungsweise der Vakzinetherapie sucht Bruck analog der Tuberkulinwirkung zu erklären. Von der sogenannten Sensibilisierungsmethode (Cruveilhier) hält der Verfasser für die Blennorrhoebehandlung nichts. In praktischer Hinsicht betont Bruck zunächst, daß nach seinen Erfahrungen die Vakzinebehandlung zumeist ganz versagt bei einfachen blennorrhoischen Schleimhautprozessen der Urethra, Blase und Rektum, daß sie aber in Fällen mit chronischen Infiltrationen die bisherige Lokaltherapie wertvoll zu unterstützen scheint; das letztere glaubt Bruck besonders bei intravenösen Arthigoninjektionen beobachtet zu haben. Viel günstiger ist aber der Einfluß des Arthigons bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen und bei der Zervikalblennorrhoe der Erwachsenen; bei dieser crux medicorum scheint die Heilung wesentlich schneller und sicherer zu erfolgen. Ebenso wird ein

Digitized by Google

überraschend schneller Rückgang der Symptome bei Konjunktivalblennorrhoe berichtet. Die eigentliche Domäne der Arthigonbehandlung sind die abgekapselten Herde und zwar in erster Reihe die Epididymitis und Arthritis. Bei der ersteren speziell sieht man meist einen rapiden Rückgang der Schmerzen usw., und, was besonders wichtig ist, eine restitutio ad integrum; das letztere ist zwar nicht stets zu erreichen, aber in einem hohen Prozentsatz und ebensowenig gelingt es stets die andere Seite oder andere Gelenke von dem Befallenwerden zu schützen; hier wäre autogene Vakzine wahrscheinlich am Platze. Weniger hervorragend sind die Arthigonresultate bei Prostatitis und zwar besonders von intramuskulären Injektionen, während die intravenösen recht günstig und oft überraschend mit dauerndem Verschwinden der Gonokokken wirkten. Ebenso günstig stellten sich die Resultate bei Behandlung der blennorrhoisch erkrankten, weiblichen Adnexe; und zwar waren sowohl bei Reiter-Vakzine, als bei Arthigon nur ca. 20% Versager. Bruck meint, daß die Vakzinetherapie in jedem irgendwie komplizierten oder renitenten Falle angewendet werden solle, da die günstigen Chancen zum Teil sehr große seien, und umgekehrt Gefahren oder schwere Nebenerscheinungen nicht vorkämen. Die an den Injektionsstellen beobachteten, meist schnell vorübergehenden Schmerzen sind, ebenso wie Temperaturerhöhungen, belanglos; wichtiger sind die bisweilen auftretenden Herdreaktionen (an Epididymis, Gelenken usw.); denn die Exazerbation der Erscheinungen an dem erkrankten Organe könnte die Befürchtung einer Propagierung des Prozesses nahelegen, doch ist noch nichts dergleichen beobachtet worden. Nur bei den intravenösen Injektionen verlangt Bruck zwei Tage Bettruhe, sonst werden die meisten ambulant ausgeführt. Die beiden von Föckler und der von Fischer veröffentlichte Fall von zerebralen Erscheinungen im Anschluß an eine Arthigonkur hält Bruck für ein zufälliges Zusammentreffen ohne kausalen Zusammenhang. Zum Schlusse einige Worte über die diagnostische Bedeutung der Vakzinetherapie: den intramuskulären Arthigoninjektionen mißt Bruck so gut wie gar keine diagnostische Bedeutung bei; dagegen glaubt er bestimmt, daß Temperaturerhöhungen von 1,5—2,0° nach 0,1 Arthigon sicher auf okkulte Gonokokkenherde hinweisen. O. Lasch-Breslau.

Zur Blennorrhoebehandlung mit Gonokokkenvakzin Menzer, von F. Becker-Halle a. S. (M. m. W., 1914, Nr. 35.) Die Resultate, welche Verfasser mit dem von Menzer aus sechs oder mehreren Gonokokkenkulturen hergestellten Vakzin bei teils akuten, teils chronischen Fällen von Urethralblennorrhoe erzielte, zeichnen sich zwar nicht durch die Schnelligkeit der Heilung, wohl aber durch die Dauerwirkung aus. Diese konnte, da es sich bei den betreffenden Patienten durchweg um Militärpersonen handelte, längere Zeit hindurch genau kontrolliert werden. Die Einspritzungen wurden subkutan in Dosen von 0,5—1,0 ccm (= 5—10 Mill. Gonokokken) in Abständen von meist drei Tagen gegeben, und die Kranken hüteten 2—3 Wochen lang das Bett bei möglichst reizloser Kost. Bei den akuten Fällen kamen von etwa dem Ende der zweiten Woche an warme Sitzbäder, Janetsche Spülungen und Prostatamassage zur Anwendung. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich (bei 27 Fällen) 49,5 Tage. Bei 13 chronischen Fällen ergab sich eine Behandlungsdauer von durchschnittlich 39,6 Tagen. Ferner wurden noch acht mit Epididymitis komplizierte Fälle erfolgreich behandelt. Der Preis des Mittels ist mit M. 1,50 für 5 ccm (50 Mill. Gonokokken) als sehr niedrig zu bezeichnen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Therapie der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen und Antigonokokkenserum; ein vorläufiger Bericht über 24 Fälle, von B. C. Corbus-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 9. Mai 1914.) Die Komplementfixation ist ein zuverlässiger Führer für die Anwendung des Serums; ist sie negativ, so soll das Serum nicht angewandt werden. Die Stärke der Komplementfixation und die therapeutische Wirkung des Serums stehen

Digitized by Google

in direktem Verhältnis. Es sollen mindestens 36—45 ccm Antigonokokkenserum in Dosen von 12—15 ccm im Laufe von drei Tagen intramuskulär injiziert werden. Eine nach 2—3 Monaten negative Komplementfixation zeigt die völlige Heilung an. Mehrere der Veröffentlichung beigegebenen Photographien des Urethralsekretes vor und nach der Injektion des Antigonokokkenserums zeigen die Wirksamkeit der Therapie.

H. Fendt-Wiesbaden.

Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen bei blennorrhoischen Prozessen, von A. Arnold u. H. Hölzel-Leipzig. (M. m. W., 1914, Nr. 38.) Verfasser gründen ihre Darlegungen auf Beobachtungen bei 84 Fällen, von denen die ersten 26 schon von Läwen bei früherer Gelegenheit berücksichtigt worden sind. Im allgemeinen bestätigen sie die von anderen Verfassern, in erster Linie Bruck und Sommer, gemachten Angaben. Die positiven Fälle reagierten mit einer Temperatur von 1,5—4,5°, wobei der Anstieg in der Regel recht prompt erfolgte. Die von Bruck und Sommer besonders betonte Doppelzacke der Fieberkurve kam auch recht häufig zur Beobachtung. Als Anfangsdosis hat sich 0,1 bei Männern und 0,05 für Frauen auch ihnen bewährt. Die Allgemeinreaktion war bei den positiven Fällen meistenteils recht ausgeprägt, während die Nicht-Blennorrhoiker in der Regel keine besonderen Störungen nach den Injektionen erkennen ließen. Bemerkenswert war auch die wiederholt konstatierte Erscheinung, daß die fieberhafte Reaktion im Laufe der Behandlung bei den späteren Injektionen stufenweise an Intensität nachließ.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Vakzinbehandlung der Blennorrhoe und blennorrhoischer Komplikationen, von Boeters. (D. m. W., 1914, Nr. 39.) Im Stadtkrankenhaus zu Zittau wurde zu diesem Zweck ausschließlich das Arthigon — intramuskulär und intravenös — verwandelt. Der blennorrhoische Ausfluß wurde durch Arthigon in keiner Weise beeinflußt, dagegen bedeutet die Vakzinbehandlung eine Bereicherung des therapeutischen Rüstzeugs bei den direkten lokalen Komplikationen (Prostatitis, Funikulitis, Epididymitis, Adnexitis, Parametritis) und bei den blennorrhoischen Gelenkerkrankungen. Ganz ausgezeichnet wirkt das Arthigon auf die frischen, noch fieberhaften Komplikationen der weiblichen Blennorrhoe ein. Die letzten Residuen und die Empfindlichkeit bei der Palpation vermag es jedoch niemals zu beseitigen.

E. Brinitzer-Altona.

Kritisches zur Vakzinetherapie der Blennorrhoe, zugleich experimenteller Beitrag zur Begründung der „ableitenden" Therapie, von Bloch-Basel. (Korr.-Bl. Schweiz., 1914, Nr. 44.) Verfasser hat in drei Fällen von teilweise sehr schwerer blennorrhoischer Arthritis mit intramuskulärer Injektion von Typhusvakzine in der Dosis von 0,3—1,0 ausgezeichnete Erfolge erzielt. Diese Versuche lehren, daß ganz spezifisch bedingte Krankheitszustände durch Reaktionen, die mit der Genese dieser Zustände in keinerlei spezifischer Beziehung stehen, ebensogut zu beeinflussen sind wie durch spezifische, auf das ursprüngliche Antigen abgestimmte Maßnahmen, nur daß es deshalb streng genommen nicht richtig ist, wenn wir alle Besserungen und Veränderungen, die im Krankheitsbild nach solchen Maßnahmen entstehen, ausschließlich und ohne weiteres auf spezifische, durch eben diese Vakzination ausgelöste Prozesse (Antikörperbildung usw.) bezeichnen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die Vakzinebehandlung und Diagnose der Blennorrhoe, von Stümpke. (D. m. W., 1914, Nr. 49.) Die große Überlegenheit der intravenösen Injektionen gegenüber den intramuskulären bzw. subkutanen hat St. nicht beobachten können. Die günstigen Resultate, die sich überhaupt bei der Vakzinebehandlung erzielen lassen, werden auch mit dem ursprünglichen, d. h. intramuskulären Verfahren erzielt. Die zuweilen exorbitant hohen Temperatursteigerungen, wie sie bei der intravenösen Methode auch bei kleineren Dosen (0.1) und mäßigen Intervallen beobachtet werden und wie sie bei allmählicher Steigerung der Dosis

Digitized by Google

wiederholt vorkommen, sind doch für den Patienten eine recht unangenehme Beigabe. Die Anfangsdosen Arthigon waren 5—10 Millionen Gonok. = 0,25—0,5 subkutan bzw. intramuskulär, und 1—2 Millionen Gonok. = 0,05—0,1 intravenös. Bei den intravenösen Injektionen war 0,5, bei den anderen 3 g die Höchstdosis. Das Gonargin ist entschieden weniger wirksam als das Arthigon, so daß man höher Dosen geben kann. Über 1,0 intravenös ist St. auch beim Gonargin nicht hinausgegangen. Als Intervall wählte St. 3—6 Tage. Was die Erfolge der Vakzinetherapie anlangt, so hat St. Gutes gesehen bei frischen Fällen von blennorrhoischer Arthritis. Einige Fälle erwiesen sich refraktär. Es empfiehlt sich, neben der Vakzinetherapie die anderen Methoden (Wärme, Stauung usw.) anzuwenden. Bei der Epididymitis erzielte St. zuweilen günstige Resultate, bei Vergleichen mit den alten Methoden war aber im allgemeinen keine deutliche Überlegenheit der Vakzinetherapie festzustellen. In vereinzelten Fällen sah St. unter Vakzinetherapie das Auftreten einer Epididymitis auf der anderen Seite. Blasen-, Mastdarm-, Prostata- und Harnröhrenerkrankungen zeigten bei Vakzinebehandlung keine günstige Einwirkung. Ebensowenig erzielte er Erfolge bei blennorrhoischen Prozessen des Parametriums und der Zervikalblennorrhoe. In einem Falle erkrankte auch das Parametrium der bis dahin gesunden Seite. Bei der Vulvovaginitis der Kinder ist die Wirkung unsicher. Die Conjunctivitis blennorrhoica gab St. in einem Falle in Übereinstimmung mit Berichten von Mittendorf ein gutes Resultat. In diagnostischer Hinsicht sind Herdreaktionen am erkrankten Organ recht häufig beobachtet worden, so daß man doch wohl berechtigt ist, gewisse Schlüsse bezüglich einer blennorrhoischen Erkrankung zu ziehen. Temperaturerhöhungen wurden zwar auch bei Patienten, die nicht an Blennorrhoe litten, beobachtet, und andererseits reagierten Blennorrhoekranke ohne Fieber. Trat aber bei Blennorrhoikern eine Temperaturerhöhung auf, so war sie durchweg höher als bei Nichtblennorrhoikern, zuweilen erst am Tage post injectionem, und sie kehrte auch gelegentlich nicht sofort zur Norm zurück. Bei schon vorhandenem Fieber über 38,5° macht St. keine Vakzinetherapie, unterhalb dieser Höhe nur intramuskuläre; die intravenöse Injektion führt er nur bei fieberfreien Kranken aus.

E. Brinitzer-Altona.

Vakzinetherapie mit Arthigon bei Blennorrhagie, von Le Clerc-Dandoy. (Policlinique 1914, Nr. 9 und 13.) Verfasser hat seine Tripperkranken kombiniert mit Janetschen Spülungen (Kal. permangan. $^1/_{10000}$) und intramuskulären Arthigoninjektionen behandelt. Die Spülungen werden täglich durch ca. 100 Tage gegeben; die Injektionen zu 1 ccm erfolgten aller zwei Tage in der Zahl von 2—5. Auf diese Weise wurden ausgezeichnete Resultate erzielt; in 80 % der Fälle erwies sich Arthigon als wirkungsvoll.

R. Frühwald-Leipzig.

Haltbare und nicht toxische Antigonokokkenvakzine, von C. Nicolle und L. Blaizot. (Acad. des sciences, 24. Nov. und 1. Dez. 1913.) Die Verfasser stellen ihre Vakzine folgendermaßen her. Als Nährboden benutzen sie folgende Zusammensetzung: Fleischbouillon 100, Harnstoff 0,4, Glykose 2, phosphorsaures Ammoniak 0,05, Meersalz 1, Agar 1,5. Jedem Röhrchen dieses Nährbodens (5 ccm) wird $^1/_2$ ccm Kaninchenserum zugesetzt. Man impft einen richtigen Gonokokkus ein, den man vorher an ein Wachstum auf serumarmen Nährboden gewöhnt hat. Der Synokokkus (so nennen die Verfasser einen dem Gonokokkus sehr ähnlichen Kokkus, der sich durch einige Kennzeichen von ihm unterscheidet, besonders dadurch, daß er sich nach Gram färbt) wird auf demselben Nährboden ohne Serum gezüchtet. Nach 24 Stunden kommen die Kulturen aus dem Brutschrank und werden in einer 7 %oigen Lösung von Fluornatrium emulgiert, mehrfach gewaschen und zentrifugiert. Ist diese Waschung beendet, so werden neun Teile Synokokken und ein Teil Gonokokken gemischt und die Mischung

Digitized by Google

auf 500 Millionen Keime pro Kubikzentimeter gebracht. 48 Stunden Aufenthalt im Eisschrank genügen, um die Lebensfähigkeit der Keime zu zerstören. Zur Infektion werden 0.5 ccm der Vakzine mit 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und intramuskulär injiziert. A. Gunsett-Straßburg.

Versuche mit dem Nicollleschen Gonokokkenvakzin (Dniegon), von H. Müller-Mainz und E. Bender-Wiesbaden. (M. m. W., 1914, Nr. 30.) Die Resultate, welche Verfasser bei 17 Versuchspersonen mit dem von Nicolle in Paris hergestellten Präparat erzielt haben, sind nicht gleichmäßig gewesen, waren aber bei einzelnen Fällen als ganz besonders gut zu bezeichnen. Wie die sonstigen Vakzine, versagte das Mittel entschieden bei 5 Fällen von unkomplizierter Harnröhrenblennorrhoe. Unter den anderen Kranken fanden sich verschiedene, welche vorher vergeblich anderweitig (auch mit Arthigon und Gonargin) behandelt worden waren und auf Dniegon sehr prompt sich besserten. Verfasser fanden verschiedentlich, daß bei solchen Patienten sich im Urethralsekret neben den Gonokokken auch Gram-positive Diplokokken vorfanden, und sind geneigt, hierin die Erklärung für die günstige Wirkung des französischen Präparates zu sehen. Das Nicollesche Antitoxin enthält nämlich nicht nur einen Stamm von Gonokokken, der auf einem an Pepton und Serum armen Nährboden gezüchtet ist, sondern auch und sogar in der Überzahl (9:1) den Gram-positiven Diplokokkus, welchen Nicolle als Synokokkus bezeichnete. Außerdem wäre es ja denkbar, daß der Nicollesche Gonokokkenstamm gerade einzelnen Patienten spezifisch entsprechend war. In einem Nachtrag teilen Verfasser mit, daß sie noch bei weiteren 15 Fällen ähnliche Erfolge beobachteten. A. Philippi-Salzschlirf.

Übt die Vakzine von Nicolle einen Einfluß aus auf die Entwicklung der Blennorrhagie in der Harnröhre, von Duhot. (Rev. belge d'urol. et de derm.-syph., 1914.) Auf Grund einer Erfahrung über 600 Injektionen mit dem Nicollleschen Vakzin bejaht D. diese Frage. Nach seiner Meinung übt es bestimmt eine Wirkung auch auf die urethrale Blennorrhoe aus, aber aus verschiedenen Gründen wirkt es langsamer als bei den Komplikationen. Die Mißerfolge wären, abgesehen von falscher Anwendung und mangelhafter Technik, auf schlechte hygienische Umstände bei den Kranken (anstrengende Arbeit, Trinken usw.) und mangelhafte Ausführung der lokalen Behandlung zurückzuführen. D. macht alle zwei Tage, im ganzen bis zu 10—15 Injektionen, durchschnittlich 7—8, und zwar stets intravenös. Die Dosis beträgt $^1/_{10}$—$^1/_8$ ccm einer Emulsion von 500000000 Keimen. Nach einigen Injektionen, wenn der Patient nicht reagiert, kann man bis zu $^3/_{20}$ und manchmal bis zu $^1/_5$ ccm steigen. D. benutzt eine 0,5 ccm-Rekordspritze, welche zunächst mit der Vakzinmenge und danach mit destilliertem Wasser resp. Kochsalzlösung aufgefüllt wird. Im Gegensatz zu anderen Vakzinen kommen nur geringe Fiebersteigerungen vor, ziemlich oft klagen die Kranken über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Frösteln und leichte Temperatursteigerungen, etwa zwei Stunden nach der Einspritzung. Bei zwei Kranken war eine strenge Bettruhe von zwei Tagen erforderlich. Örtlich wirken die Einspritzungen teils ausflußvermindernd, teils im Sinne einer vorübergehenden „Reaktivation, vergleichbar mit der Herxheimerschen Reaktion". So erklärt sich D. die Tatsache, daß manchmal bei einer Epididymitis, am nächsten oder übernächsten Tage nach der ersten Vakzineinjektion, der andere Nebenhoden erkrankte. Gleichzeitig mit der Vakzinetherapie werden die Kranken von Duhot mit dem Uranoblen von Bruck und Spülungen mit Kal. perm. behandelt. Auf diese Weise erzielt D. eine Durchschnittsdauer der Blennorrhoetherapie von 18 Tagen und meint damit eine wesentliche Zeitverkürzung erreicht zu haben. E. Brinitzer-Altona.

Einige Versuche mit der Antigonokokkenvakzine nach M. Nicolle-Tunis, von John Reenstierna-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1915, Heft 2, Nr. 11.) Verfasser be-

Digitized by Google

richtet über neun Fälle von Blennorrhoe mit Komplikationen, in denen er das Vakzin anwandte. Er bemerkte stets eine Besserung der Komplikationen, ohne aber einen Einfluß auf die Blennorrhoe selbst zu beobachten. Ein Fall von leichter Arthritis wurde durch einige Injektionen vollkommen geheilt. Verfasser hält ein noch besseres Resultat nicht für ausgeschlossen, wenn die Zwischenräume zwischen den einzelnen Injektionen kleiner wären, als er sie der Sparsamkeit wegen hat machen müssen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine, von A. Menzer-Halle. (M. Kl., 1913, Nr. 33.) Nach einer kritischen Beleuchtung der bekannten Arbeit von Bruck und Sommer wendet sich der Verfasser, dessen Erfahrungen sich fast nur auf die Erfolge oder Mißerfolge seiner Gonokokkenvakzine erstrecken, allgemeineren Betrachtungen über rationelle Blennorrhoetherapie zu. Wenn Gonokokkenherde am Anfang der Infektion sich ungehemmt und latent entwickeln können, so ist zu ihrer Heilung und der Elimination der Gonokokken eine reaktive Entzündung notwendig. Menzer ist nun überzeugt, daß die Vakzinationstherapie der akuten Blennorrhoe, gleich im Anfang bei Bettruhe ausgeführt und später mit Spülungen und Sitzbädern kombiniert, eine weit gründlichere Ausheilung gewährleistet als die anderen Methoden. Ob diese Vakzination intravenös oder subkutan geschieht, ist nach des Verfassers Ansicht gleichgültig.

O. Lasch-Breslau.

Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine, von Karl Bruck-Breslau. (M. Kl., 1913, Nr. 39.) In der etwas heftigen Polemik gegen die Arbeit von Menzer (in Nr. 33 d. M. Kl.) betont Bruck vor allem drei Punkte. 1. Die von Menzer nach intramuskulären Vakzineinjektionen beobachtete Sekretprovokation sei sonst fast von niemandem beobachtet worden. 2. Der diagnostische Wert intravenöser Arthigoninjektionen trete eben bei den Fällen zu Tage, in denen unsere sonstigen bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden versagten, und ebenso verhalte es sich in therapeutischer Beziehung mit den intravenösen Injektionen im Gegensatze zu den intramuskulären. 3. Seien Menzers Publikationen geeignet, den erprobten Wert der antiparasitären lokalen Blennorrhoebehandlung (speziell durch Silbersalze) zugunsten der Vakzinetherapie herabzusetzen. Auf die persönlichen Bemerkungen können wir hier nicht eingehen.

O. Lasch-Breslau.

Über intravenöse Arthigoninjektionen, von J. Kyrle und V. Mucha-Wien. (W. kl. W., 1913, Nr. 43.) 38 Patienten litten an unkomplizierter Blennorrhoe, und zwar handelte es sich 14 mal um akuten, 24 mal um subakuten und chronischen Harnröhrentripper, einschließlich sieben Patienten, die vor fünf Jahren Blennorrhoe durchgemacht hatten. In 44 Fällen lag eine durch Epididymitis entweder einseitig oder beiderseitig oder Prostatitis parenchymatosa (4 Fälle) komplizierte Erkrankung vor. 17 Patienten dienten als Kontrollfälle. Bei ihnen waren weder anamnestisch, noch klinisch irgendwelche Anhaltspunkte für eine stattgehabte Gonokokkeninfektion nachweisbar. Die Reaktion nach intravenöser Arthigoninjektion hat sicher in dem Sinne etwas Spezifisches an sich, als blennorrhoefreie Individuen entweder gar nicht oder nur mit geringer Fiebersteigerung antworten. Blennorrhoiker reagierten alle bis auf sechs mit mehr oder weniger hohen Temperaturen. Therapeutisch wurden dieselben Resultate erzielt wie von Bruck und Sommer. Die Domäne dieser Therapie ist und wird bleiben: die Komplikation der Blennorrhoe, vor allem die Epididymitis. Der Effekt tritt hier unvergleichlich prompter auf als bei der intramuskulären Injektion. Auch die vier Fälle von parenchymatöser Prostatitis wurden durch die Injektion gut beeinflußt. Die unkomplizierten Fälle von Blennorrhoe zeigten durchwegs keine Veränderungen, welche für Beeinflussung durch die Injektion sich hätten deuten lassen.

W. Lehmann-Stettin.

Digitized by Google

Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen, von R. Frühwald-Leipzig. (M. Kl., 1913, Nr. 44.) In der Erkenntnis, von welcher fundamentalen Wichtigkeit speziell bei einer Prostituierten-Abteilung jedes neue Hilfsmittel für die Diagnose der Blennorrhoe ist, hat Frühwald die von Bruck und Sommer angegebene Methode der Diagnosen-Stellung mittels intravenöser Arthigoninjektionen an dem weiblichen Material von Rilles Klinik nachgeprüft und gibt, da zu einer definitiven Beurteilung seine Zahlen noch nicht ausreichen, eine vorläufige Mitteilung seiner Erfahrungen. Er glaubt, daß trotz mancher schwankenden Resultate die Reaktion mit gewissen Einschränkungen als eine spezifische zu betrachten sei und zwar unter folgenden Gesichtspunkten: Die Temperatursteigerung muß mindestens 1,3° betragen, und eine Temperatur von 37,8° erreicht werden; der mikroskopische Befund muß gleichzeitig erhoben werden. Die Befunde bei früher blennorrhoisch infiziert gewesenen Frauen und bei solchen, deren Blennorrhoe mikroskopisch durch die Behandlung geheilt erscheint, machen es wahrscheinlich, daß die Reaktion mit der Anwesenheit von Gonokokken zusammenhängt und nicht durch eine überstandene Infektion bedingt wird. Wiederholte Injektionen beeinträchtigen die Sicherheit der Reaktion, und bei mehr als zwei Spritzen hat nur der positive Befund Bedeutung. O. Lasch-Breslau.

Zur therapeutischen Anwendung intravenöser Arthigoninjektionen, von K. Bardach-Heidelberg. (M. m. W., 1913, Nr 47.) Bei 22 Fällen hat B. nach dem Vorschlag von Bruck und Sommer das Arthigon als intravenöse Injektion statt intramuskulär gegeben. Es handelte sich teils um unkomplizierte Arthritis blennorrhoica (2), teils um Epididymitis (12) und teils um Epididymitis im Verein (7) mit Prostatitis. Verfasser fand, daß er bei Befolgung der von Bruck und Sommer gegebenen Vorschrift nicht bessere Resultate erzielte als bei der intramuskulären Verabreichung; wohl aber trat eine stärkere Reaktion und ein prompterer Heilerfolg ein, als er die Dosis verdoppelte. Er gab deshalb im weiteren Verlauf seiner Beobachtungen als Anfangsdosis 0,2 Arthigon und steigerte bei den folgenden Einspritzungen jedesmal um dieses Quantum, so daß bei der fünften Injektion 1,0 Arthigon gegeben wurde. Gewöhnlich brauchte nur eine Pause von zweimal 24 Stunden zwischen den Injektionen gelassen zu werden. In einigen Fällen wurden noch größere Dosen, 1,5 bis ev. 2,5, ohne Schaden verabreicht. Dabei wurde aber stets mit Kochsalzlösung im Verhältnis von 1:4 verdünnt; bei der maximalen Dosis von 2,5 Arthigon wurden 10 ccm Kochsalzlösung zugesetzt. In der Regel trat vorübergehend eine Verschlimmerung der lokalen Beschwerden auf, doch störte dies den Enderfolg durchaus nicht. Verfasser rühmt besonders die glatte restlose Ausheilung der Epididymitis und der Gelenkaffektionen. Weniger eklatant, wenngleich ebenfalls günstig, war die Einwirkung auf die Prostatitis, und die urethralen Prozesse schienen wenig oder gar nicht beeinflußt zu werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen, von J. Lewinski-Düsseldorf. (M. m. W., 1913, S. 2784.) Die Erfahrungen, welche Verfasser an der Sternschen Klinik bei der Verwendung von Arthigon gesammelt hat, decken sich im allgemeinen mit denjenigen der bisherigen Publikationen. Besonders günstig erwies sich die Wirkung des Mittels bei Epididymitis (elf Fälle) und Prostatitis (vier Fälle) sowie bei Arthritis blennorrhoica und Cowperitis (je ein Fall), während eine Einwirkung auf die Urethralaffektion nicht zu konstatieren war. Besondere Beachtung wurde der diagnostischen Bedeutung der Injektionen geschenkt. Verfasser stellt auf Grund seiner diesbezüglichen Untersuchungen bei geheilten resp. anscheinend geheilten Blennorrhoikern und bei Individuen, welche keine Infektion durchgemacht zu haben schienen, die These auf, daß geheilte Patienten auf eine intravenöse Injektion von 0,05 ccm Arthigon mit einer Temperatursteigerung von nicht mehr als 1° C reagieren und auch darauf kein gono-

Digitized by Google

kokkenhaltiges Urethralsekret absondern. Niemals infiziert gewesene Personen reagieren auch auf 0,1 ccm nur mit einer Temperatursteigerung bis zu 1,5°. Andererseits genügt oft schon eine Dosis ven 0,025 Arthigon, um einen latenten Prozeß erkennen zu lassen. Für therapeutische Zwecke gab Verfasser bis zu 0,5 ccm Arthigon unverdünnt. Daß aber Schädigungen möglich sind, zeigte die Beobachtung bei einem 24jährigen herzkranken Patienten, der nach 0,05 ccm sehr ernste Atemnot und Herzbeschwerden mit Kollapzuständen darbot. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur intravenösen Anwendung des Arthigons bei den blennorrhoischen Erkrankungen des Weibes, von N. Leszlenyi und I. Winternitz-Wien. (W. kl. W., 1914, Nr. 8.) Veranlaßt durch die günstigen Resultate, welche Bruck und Sommer mit intravenösen Arthigoninjektionen sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Beziehung bei Männern erzielt hatten, haben die Verfasser die Wirkung dieser Vakzine auch bei Frauen in größerem Maßstabe durchgeprüft. Sie kommen zu folgenden Schlußfolgerungen: „1. Fiebersteigerung über 1,5° nach intravenöser Injektion von 0,1 ccm Arthigon spricht nur mit einiger Wahrscheinlichkeit für Blennorrhoe. Geringere Temperatursteigerungen sind diagnostisch nicht verwertbar. 2. Kleinere Dosen als 0,1 ccm sind diagnostisch überhaupt nicht verwertbar. 3. Auf die Erkrankung der Harnröhre, der Vagina und der Zervix hat Arthigon keinen nennenswerten Einfluß. 4. Bei den blennorrhoischen Erkrankungen der Adnexe und der Parametrien ist in zirka ein Drittel der Fälle zum Teil ein objektiver, zum Teil nur ein subjektiver Effekt zu konstatieren.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Im Laboratorium der südmandschurischen Eisenbahngesellschaft in Dairen in der Mandschurei, wo das internationale Patentrecht keine Geltung hat, soll die Herstellung des Salvarsans gelungen sein. Die einschlägigen therapeutischen Versuche werden in Japan vorgenommen werden.

Die staatliche Kommission zur Erforschung der Pellagra in Italien ist gegenwärtig mit dem Studium der Theorie von Prof. Giulio Alessandrini und Alberto Scala in Rom beschäftigt. Es werden daher Pellagrakranke systematisch mit Natrium citrat behandelt; auch wird für Entwässerung der betreffenden Distrikte im Sinne der erwähnten Theorie gesorgt.

Die Herausgabe der zum 70. Geburtstage von Elias Metschnikoff-Paris geplanten internationalen Festschrift ist der kriegerischen Ereignisse halber unterblieben. Einzelne der dafür bestimmten Arbeiten werden in Zeitschriften veröffentlicht werden.

Dr. Joseph Zeisler, Professor der Dermatologie an der Medical School der Northwestern University in Chicago, wurde zum Präsidenten des dortigen Physicians Club gewählt.

Prof. George M. Smith in Saint Louis, Mo. wurde zum Direktor des Skin and Cancer Hospital daselbst ernannt.

Dr. Samuel Jacoby in Berlin, Mitherausgeber des Urologischen Jahresberichtes und Bibliothekar der Berliner Urologischen Gesellschaft, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

14. August 1915 | Nr. 33 | Band 61

Aus der Königl. Univ.-Klinik für Hautkrankheiten in Kiel
(Direktor: Prof. Dr. Klingmüller).

Unsere Therapie der kongenitalen Lues.

Von

F. Hell, Oberarzt der Klinik.

Die in der Medizin der letzten Jahre wohl einzig dastehenden gewaltigen Fortschritte auf dem Gebiet der Syphilisforschung, deren Weg — in zeitlicher Aufeinanderfolge wiedergegeben — durch die glücklichen Ergebnisse im Tierexperiment, die Entdeckung der Spirochaeta pallida und der Wassermannschen Reaktion, die Züchtung der Erreger und ihre Übertragung auf den Tierkörper und die kaum noch zweifelhafte Erkenntnis der Metalues als wirklich syphilitischer Prozeß gekennzeichnet ist, haben unsere Anschauung über das Wesen dieser Krankheit von Grund aus geändert. Zugleich wurde uns in dem Salvarsan ein neues hervorragendes Heilmittel in die Hand gegeben, so daß wir jetzt in einem hohen Prozentsatz der primären und sogar der sekundären Fälle Dauerheilungen erzielen können und manche tertiäre, bisher gegen jede Behandlung jahre- und jahrzehntelang recht refraktär gewesene Syphilis unter Salvarsan wie mit einem Schlage beseitigt ist. Bei der Metalues sind die Erfolge allerdings immer noch nicht befriedigend, und bei der kongenitalen Syphilis haben wir nicht dieselben günstigen Erfolge aufzuweisen wie bei der akquirierten Lues.

Diese letzte Tatsache wird leicht verständlich, wenn man sich die besonders schwierigen Verhältnisse auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der kongenitalen Lues vor Augen führt. Der Zusammenhang zwischen der Lues der Eltern und der ihrer Kinder wurde bereits kurz nach dem pandemischen Auftreten der Syphilis in Europa gegen Ende des 15. Jahrhunderts mit Bestimmtheit ausgesprochen und sehr bald allgemein als richtig anerkannt. Aber fast ebenso schnell erstarb diese Meinung unter zahlreichen, zum Teil recht künstlichen, anders lehrenden Theorien. Erst im 19. Jahrhundert kamen wieder klare Vorstellungen von der Übertragung der Syphilis auf den Fötus zur Geltung, und die neuen Forschungsergebnisse, hierunter besonders die Wassermannsche Reaktion, haben die wichtigsten Streitfragen ihrer Lösung nahe gebracht, so daß

Digitized by Google

z. B. das Profetasche und Collessche Gesetz heute nur noch geschichtliches Interesse haben [1]).

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts bestand bereits eine ausgesprochene antiluetische Behandlung der kongenitalen Lues, die der damaligen Therapie der akquirierten Lues angepaßt war und nach den Zeugnissen v. Bärensprungs (1) in dem Gebrauch von Bädern, leichten Abführungen (Pulv. magnes. cum rheo.), ferner in Sarsaparillendekokt, sowie der lokalen und allgemeinen, aber noch nicht systematischen Anwendung einer Quecksilbersalbe bestand (Kalomel, Ung. hydrarg. praec. alb., Ung. hydrarg. amidato-bichlorat.), wobei die Mutter eventuell noch einer kombinierten Hunger- und Schwitzkur unterworfen wurde. Von diesen Methoden hat sich in der Folgezeit einzig die Quecksilberbehandlung in den verschiedensten Modifikationen und zwar bis in die heutige Zeit erhalten.

Erst in den letzten drei Jahren hat sich unter dem Druck der modernen Therapie bei akquirierter Syphilis und in Anlehnung an sie unter Ausnutzung der neueren wissenschaftlichen und therapeutischen Ergebnisse eine neue Methode Bahn gebrochen, die seit mehreren Jahren in der Kieler Hautklinik streng durchgeführt ist und im folgenden kurz wiedergegeben werden soll.

Zuvor sei wegen der hervorragenden Bedeutung und besonders seiner sozialen Tragweite kurz an zwei Punkte erinnert, einmal daran, daß bei einer frühzeitig eingeleiteten, energischen und möglichst bis zur Austragung der Schwangerschaft durchgeführten Behandlung fast stets gesunde Kinder zur Welt kommen und zweitens daran, daß ein negativer Befund beim Neugeborenen eine Lues nicht ausschließt, daß sogar nicht ganz selten erst nach Wochen und Monaten klinische Erscheinungen oder eine positive Wassermannsche Reaktion auftreten. Es ist daher auch in verdächtigen Fällen unbedingt eine monatelange klinische und serologische Überwachung nötig.

Ist die Diagnose gesichert, dann soll man möglichst bald, eventuell also schon am Ende der ersten Lebenswoche mit der Behandlung beginnen, die sich außer auf gute Pflege und richtige Ernährung auf eine spezifische Behandlung erstrecken muß. Die Ernährungsfrage kann unter Umständen Schwierigkeiten bieten. Als wichtigster Grundsatz gilt, daß die Mutter ihr Kind möglichst selbst stillt. Ist sie hierzu außerstande, dann eine luetische Amme, unter keinen Umständen eine gesunde, auch dann nicht, wenn diese auf die Gefahr einer Infektion aufmerksam gemacht ist. Nur in dem Falle ist ein Bedenken gegen das Selbststillen berechtigt, wo eine

[1]) Vgl. die ausführliche Erörterung dieser Fragen in der Arbeit von Bering: Sammlung zwangloser Abhandl. auf dem Gebiete der Dermatologie, 1912, Bd. 1, H. 4.

Digitized by Google

kranke Mutter ein anscheinend gesundes Kind geboren hat. Wir glauben allerdings auch dann noch befugt zu sein, dem Kinde die Mutterbrust zu geben, wenn es sich bei der Mutter um eine latente, gut vorbehandelte Lues handelt. Nötigenfalls kann auch an Stelle der Mutter eine Amme mit gleichartiger Lues treten, sonst muß künstliche Ernährung stattfinden. Praktisch wird die Mutter ihr Kind fast immer selbst stillen dürfen.

Nun zur antiluetischen Behandlung selbst. Hier hat das Quecksilber den alten Platz behauptet. Lokal wenden wir es bei stärker zerfallenen oder vegetierenden Hauterscheinungen als graue Salbe oder als Unnasches Quecksilberpflaster an. Kaum noch verwenden wir Sublimatbäder, da sie nicht energisch genug wirken und selbst bei erodierten Hauterscheinungen in der Nachhaltigkeit der Wirkung versagen. Auf jeden Fall leiten wir — und darauf legen wir das Hauptgewicht — recht bald eine Einreibungskur (0,3—0,5 g Ung. ciner. täglich) ein, die wegen der Zartheit der Haut schonender als bei Erwachsenen und geschickt ausgeführt werden muß, dann aber auch lokal wie allgemein über Erwarten günstig vertragen wird. Bei der 4—6 Wochen dauernden Kur werden in sechstägiger Wiederholung von einer sachkundigen Person Arme, Beine, Brust und Rücken, jeden Tag ein Körperteil, 5—10 Minuten lang unter leichtem Druck mit der Salbe eingerieben. Am siebenten Tage Vollbad und Ruhe, bei Hautreizung eventuell noch ein zweites Bad in der Woche. Die von früher her noch vielfach übliche interne Darreichung von Kalomel haben wir aufgegeben, da sie gut zu entbehren ist und nicht selten Magen-Darmstörungen auslöst. Sehr gern geben wir dagegen Quecksilberinjektionen, mit Vorliebe bei etwas älteren Kindern, vielfach als Fortsetzung der Inunktionskur und besonders in der ambulanten Praxis. Wir bevorzugen Sublimat und geben zweimal wöchentlich 0,003—0,005 (Sublimat 1,0, Natr. chlorat. 10,0, Aqua dest. ad 100,0), und es sei gleich hinzugefügt, daß die Injektionen auch bei schwach entwickelter Glutäalmuskulatur recht gut vertragen werden.

Das Quecksilber kombinieren wir stets mit Salvarsan und geben dieses wegen seiner stärkeren Spirillocidie und der dadurch bedingten Vergiftungsgefahr durch die frei werdenden Endotoxine der abgetöteten Spirochäten stets erst nach einer Vorbehandlung mit Quecksilber. Diese Überlegung, die Ehrlich (2) im Beginn der Salvarsanära sogar veranlaßt hat, von der Anwendung des Salvarsans bei kongenitaler Lues überhaupt abzuraten, besteht hier auch heute noch ohne Zweifel zu Recht, während diese Vorsicht bei der erworbenen Lues außer wenigen Fällen mit zerebralen Erscheinungen nach unserer Meinung zum mindesten überflüssig ist.

Es hat recht lange gedauert, bis eine zweckmäßige Form der Salvarsan-

Digitized by Google

darreichung gefunden wurde. Wegen der Gefährlichkeit für kleine Kinder versuchte man nach dem aus der Geschichte der Syphilis bekannten Vorbild der indirekten Hg-Zufuhr durch die Milch von mit Quecksilber behandelten Ammen, Kühen, Ziegen oder Eselinnen auch beim Salvarsan die gleiche indirekte Methode. Täge (3), Duhot (4), Neisser (5), Scholtz (6), Freund (7) und andere gaben die Milch der mit Salvarsan vorbehandelten Mutter. Genannt sei noch das recht gute Resultat, welches Jesionek (8) mit der Milch einer intravenös mit Salvarsan vorbehandelten Ziege erzielte. Doch konnte nirgends von konstanten Erfolgen die Rede sein. Daher wagte man alsbald die direkte, d. h. zunächst die intramuskuläre Einverleibung, wenn auch anfangs wegen der entstehenden Nekrosen mit wenig gutem Ausgang. Nach Verbesserung der Technik jedoch konnten Galewsky (9), Herxheimer-Schonnefeld (10), Ritter (11), Schreiber (12) u. a. über bessere Erfolge berichten. Nicht uninteressant sind die zahlreichen im Laufe der Zeit versuchten Einverleibungsmethoden. Aber ein Nachteil blieb: weder die Art der Lösung, noch die Höhe der Dosis, noch die Art oder der Ort der Injektion schützten mit Sicherheit vor einer Nekrose, und dieser Nachteil ist erst mit der Einführung des Neosalvarsans beseitigt worden. Daher geben wir jetzt — wenn wir nicht die intravenöse Injektion mit der Spritze in die oft ausgezeichnet hervortretenden Schläfenvenen wählen — nur noch das Neosalvarsan und zwar etwa 0,005—0,15, aufgelöst in wenig destilliertem Wasser, wöchentlich einmal intraglutäal, im ganzen 4—6 Injektionen, wobei sich Verträglichkeit und Wirksamkeit als sehr gut erwiesen haben. Auf diese Weise dauert die ganze Kur etwa 2—3 Monate.

Während und am Schluß der Kur wird wie bei der akquirierten Lues die Wassermannsche Reaktion geprüft, und hierbei ist uns eins aufgefallen: während bei der akquirierten Lues die positive Reaktion meist sehr schnell negativ wird und häufig negativ bleibt, finden sich bei der kongenitalen Lues neben einzelnen günstig beeinflußten Fällen nicht selten solche, wo die Reaktion erst nach sehr langer Behandlung negativ wird oder nur kurze Zeit negativ bleibt, ein Punkt, in dem unsere Erfahrungen sich mit den von Hoffmann (13) kürzlich mitgeteilten Angaben wenig decken. Ob uns wie bisher, so auch weiterhin bei der kongenitalen Lues der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion in allen Fällen als Indikation für eine neue Kur gelten wird, möchten wir nicht entscheiden.

In jedem Fall lassen wir nach einigen Monaten eine zweite ähnliche Kur anschließen, und meistens werden sich auch noch eine dritte oder noch weitere Kuren als notwendig erweisen. Wird die Behandlung sachgemäß und konsequent durchgeführt, dann ist nicht daran zu zweifeln, daß unter der modernen Behandlung das Schicksal der syphilitischen Kinder ein

Digitized by Google

weit günstigeres wird, als es bei der früheren Behandlungsweise möglich war.

Literatur.

1. v. Bärensprung, Die hereditäre Syphilis. Berlin 1864. — 2. Ehrlich-Hata, Die experimentelle Chemotherapie der Spirillose. 1910. — 3. Täge, M. m. W., 1910, Nr. 33. — 4. Duhot, M. m. W., 1910, Nr. 35. — 5. Neisser, D. m. W., 1910, Nr. 41. — 6. Scholtz, D. m. W., 1910, Nr. 41. — 7. Freund, M. m. W., 1910, Nr. 6. — 8. Jesionek, M. m. W., 1911, Nr. 22. — 9. Galewsky, D. m. W., 1910, Nr. 48. — 10. Herxheimer-Schonnefeld, M. Kl., 1910, Nr. 36. — 11. Ritter, M. m. W., 1914, Nr. 43. — 12. Schreiber, Zbl. f. Kindhlk., 1911, Nr. 1. — 13. Hoffmann, Derm. W., 1914, Nr. 21.

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. Fr. Šamberger, Prag.

I. Teil.

(Schluß.)

Das Wesen der Urtika ist das Ödem. Was für ein Ödem ist dies? Welcher Art ist dasselbe? Diese Frage müssen wir uns stets vorlegen, stets zu lösen versuchen. Ist doch in ihr auch die Frage der pathologisch-anatomischen Natur der Urtikaria und der Mehrzahl der übrigen Krankheiten der Gruppe der sogenannten kutanen Angioneurosen enthalten. Alle Forscher versuchten diese Frage bis jetzt mit dem Mikroskop und mit chemischen Reaktionen zu lösen. Diese Methoden haben, wie man sieht, vollständig versagt. Diesen Weg können wir demnach nicht einschlagen, wenn wir keine besseren chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden zur Hand haben als die oben zitierten Forscher hatten. In der letzten Zeit wurden sehr viele Fragen durch die biologische Forschung gelöst. Ließe sich diese Methode nicht auch hier, wo sie noch niemand angewendet hat, versuchen? Wenn es uns gelänge zu konstatieren, was diese Ödemflüssigkeit im Hautgewebe hervorrufen kann, welche vitalen Veränderungen sie in demselben bewirken kann, könnten wir dann vielleicht aus der Art dieser Veränderungen auch auf das Wesen der sie hervorrufenden Ursache, der Flüssigkeit selbst, einen Schluß ziehen. Wenn sie aber irgend welche vitale Veränderungen hervorrufen sollte, müßte sie längere Zeit mit dem Protoplasma der Gewebszellen in Kontakt bleiben und je länger sie dies bliebe, desto besser wäre es. Gut wäre es auch, wenn diese Untersuchungen an möglichst jungen Individuen stattfinden könnten, bei denen man frische Zellen voll Lebensenergie voraussetzen kann. Beiden Forderungen wird

Digitized by Google

in geradezu idealer Weise die Urticaria pigmentosa gerecht, d. i. ein Nesselausschlag, der Kinder im zartesten Alter befällt und Quaddeln bildet, die Wochen, ja sogar Monate persistieren können. Nun, und gerade bei dieser Krankheit finden wir zwei Arten von typischen Veränderungen: zunächst eine Hyperplasie des Hautgewebes und zweitens eine ungeheuere Menge der sogenannten Mastzellen. Die Menge derselben ist so groß, daß man gezweifelt hat, ob die Urticaria pigmentosa überhaupt eine Urtikaria sei. Klinisch kann darüber kein Zweifel bestehen. Sie ist wirklich eine Urtikaria, d. i. eine Krankheit, die durch Hauteffloreszenzen charakterisiert ist, die wir überall anderswo als Urtikariaquaddel, als Urtika bezeichnen. Daß wir bei ihr stets eine ungeheuere Menge von Mastzellen finden, nicht aber bei der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen, muß nicht durch eine absolute Verschiedenheit der beiden krankhaften Zustände, sondern durch wichtige sekundäre Umstände erklärt werden. Bei der Urticaria pigmentosa handelt es sich um Individuen des zartesten Alters, um Säuglinge, und ihre Quaddeln dauern Wochen und Monate. Durch diese Umstände unterscheidet sich die Urticaria pigmentosa wesentlich von der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen und nur darin liegt gewiß auch die Ursache des abweichenden histologischen Befundes und nicht etwa darin, daß die Urticaria pigmentosa ein ganz anderer Krankheitsprozeß sein sollte als die gewöhnliche Urtikaria der Erwachsenen. Wir können daher jene Menge von Mastzellen ebenso wie die Hyperplasie des Hautbindegewebes als Erscheinungen auffassen, die zum Wesen der Urtikaria gehören, allerdings aber nur zum Wesen der infantilen Urtikaria. Bei der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen findet sich nur das einfache Ödem des Bindegewebes. Man kann daher nicht behaupten, daß die Hyperplasie des Hautbindegewebes und die Mastzellen ein wesentlicher Bestandteil der Urtikaria überhaupt wären resp. daß sie das Produkt des pathologisch-anatomischen Prozesses wären, der das urtikarielle Ödem hervorgerufen hat. Wenn sie aber nicht das Produkt dieses fundamentalen Prozesses sind, dann können sie nur eine Folge der Einwirkung der Ödemflüssigkeit auf das Zellplasma der jungen, kindlichen Haut sein.

Was ist uns über die Mastzellen bekannt? Wie bereits der Name andeutet, vermuten wir, daß sie durch eine reichliche Ernährung entweder der Bindegewebszellen oder auch der Blutzellen entstehen. Daß diese Erklärung auch für die Mastzellen bei Urticaria pigmentosa zutreffen dürfte, beweist auch das andere diese Krankheit charakterisierende Symptom, nämlich die Hyperplasie der Bindegewebsbündel, die ebenfalls nur in einer übermäßigen Ernährung des Hautgewebes ihre Ursache haben dürfte. Beide Symptome also, durch welche sich die Urticaria pigmen-

Digitized by Google

tosa von der gewöhnlichen Urtikaria der Erwachsenen unterscheidet, können in der Weise erklärt werden, daß die Ödemflüssigkeit für das Hautgewebe und das Protoplasma seiner Zellen ein ausgezeichnetes Nährmaterial bildet. Da es sich nun um Individuen des zartesten Alters mit sehr lebensfähigem Zellplasma handelt und da ferner die Ödemflüssigkeit überdies mit dem Gewebe sehr lange in Kontakt bleibt, können sich gerade bei dieser Form der Urtikaria die Folgen der Überernährung ihrer Elemente in so hohem Grade entwickeln. Darum entstehen hier so viele Mastzellen und darum kommt es zu einer so hochgradigen Hyperplasie des Bindegewebes. Demnach ist die urtikarielle Ödemflüssigkeit imstande, Gewebshypertrophie und reichliche Mastzellen zu erzeugen, wenn sie auf geeignetes lebendes Material genügend lange einwirken kann. Dies ist ihre biologische Eigenschaft.

Wenn wir uns nun weiter danach umsehen, ob analoge Veränderungen etwa auch bei einer anderen Hautaffektion vorkommen, so finden wir, daß dies der Fall ist bei der durch Lymphostase bedingten Elefantiasis der Haut. Auch diese wird durch Hyperplasie des Bindegewebes und reichliche Mastzellen charakterisiert. Demnach ruft die Lymphostase, wenn sie lange dauert (was bei der Elefantiasis der Fall ist) dieselben Veränderungen hervor wie die Urticaria pigmentosa. Es müssen also die Erscheinungen bei beiden Affektionen eine gleichartige Ursache besitzen. Bei Urtikaria kennen wir die Ursache nicht, wohl aber bei der lymphostatischen Elefantiasis. Gemäß dieser biologischen Erfahrung kann die urtikarielle Ödemflüssigkeit nichts anderes sein als Lymphe. Daß dem so ist, beweist noch eine andere Erfahrung betreffs der Mastzellen. Wir wissen nämlich, daß sie auch bei entzündlichen Prozessen vorkommen, vorwiegend aber bei solchen, die mit Lymphostase einhergehen.

Damit haben wir die Frage über das Wesen der urtikariellen Ödemflüssigkeit gelöst.

Nun können wir an die Lösung der zweiten Frage herantreten: wie dieses Ödem entsteht? Da müssen wir uns zuerst darüber klar sein, was wir von der Lymphe wissen. In dem erwähnten Lehrbuch von Mareš lesen wir: „Das innere Medium ist die Gewebsflüssigkeit, ein Saft, der alle Gewebe und auch die Zellen durchdringt, der Zellsaft im inneren des Protoplasmas, der oft in Hohlräumen (Vakuolen) angesammelt ist. Dem Gewebssaft entnimmt das Protoplasma die Nährstoffe nach seinem Bedarf und namentlich auch den Sauerstoff, der in dem Gewebssaft locker gelöst ist; in den Gewebssaft entleert es die beim physiologischen Stoffwechsel in ihm entstandenen Stoffe, namentlich auch die Kohlensäure."

Digitized by Google

„Der überschüssige Gewebssaft wird als Lymphe durch das Lymphgefäßsystem, das mit Lymphknoten des adenoiden Gewebes versehen ist, in das venöse Blutsystem geleitet."

Die stoffliche Zusammensetzung der Lymphe steht qualitativ der Zusammensetzung des Blutplasmas nahe, nur daß ein Unterschied speziell in der Menge der Proteinsubstanzen besteht."

Über die Entstehung der Lymphe herrschen zwei Ansichten: eine physikalische, welche behauptet, daß die Lymphe durch Filtration, Diffusion, Osmose entsteht, und eine vitalistische von HEIDENHAIN, welche behauptet, daß sie durch die Tätigkeit der die Wand der Blutkapillaren bildenden Zellen entsteht. Aus dem Buch von MAREŠ geht hervor, daß viele Experimente an Tieren angestellt wurden, um zu erweisen, welche von den beiden Ansichten die richtige ist. Merkwürdigerweise blieb die klinische Erfahrung am Menschen unbeachtet und unbewertet. Und doch glaube ich, daß diese Erfahrung durch ihren Wert alle und auch die neuesten mühsamen und komplizierten Tierexperimente weit überragt.

Wir kennen nämlich aus der menschlichen Pathologie sehr gut einen krankhaften Zustand, der durch Filtration von Transsudat aus dem Blut durch die Blutgefäßwände in die umgebenden Gewebe entsteht. Es ist dies das Ödem durch Transsudation infolge Durchlässigkeit der Blutgefäßwände. Es entsteht entweder infolge schlechter Ernährung der Blutgefäßwände oder infolge Blutstauung in den Venen bei Vorhandensein von Hindernissen im Blutkreislauf. Aus erstgenannter Ursache entsteht das Ödem bei allgemein anämischen und in ihrer Ernährung herabgekommenen Menschen. Bei diesen schwellen zunächst jene Stellen an, wo die Blutgefäße durch lockeres Bindegewebe verlaufen, das wohl ihren Wänden eine schwache Stütze bietet: die Augenlider und die Genitalien, aber auch die distalen Partien der oberen und unteren Extremitäten, wo wahrscheinlich außer der schlechten Ernährung der Gefäßwände auch der erschwerte Blutkreislauf eine Rolle spielt. Auch die Anschwellung der gelähmten Extremitäten dürfte, wenn nicht überhaupt, so doch zum größten Teil, durch die schlechte Ernährung der Gefäßwände bedingt sein. Durch Blutstauung in den Venen infolge von Hindernissen im Blutkreislauf entstehen die Schwellungen bei Menschen mit inkompensierten Herzfehlern, bei Nephritikern, Emphysematikern, bei hochgradiger Lungentuberkulose usw. In gleicher Weise wirkt auch ein zufälliges Hindernis an irgend einer Stelle des Blutkreislaufes: der Druck aszitischer Flüssigkeit oder eines Bauchtumors auf die das Blut aus den unteren Extremitäten ableitenden Venen, der Druck eines Tumors der Axilla auf die Axillarvene usw. Das klinische Bild, das sich infolge Überfüllung des Gewebes mit aus den Blutgefäßen nach physikalischen Gesetzen

Digitized by Google

filtrierter Flüssigkeit entwickelt, ist zu gut bekannt, als daß es notwendig wäre, es an dieser Stelle näher zu beschreiben. Die durch das Transsudat geschwellte Haut ist gespannt, von glänzender Oberfläche, blaß, wachsartig bleich oder auch leicht bläulich, trocken. Die Sekretion der Hautdrüsen ist aufgehoben. In exzessiven Fällen platzt die ad maximum gespannte Haut und aus den linearen Sprüngen sickert das seröse Transsudat. Dies ist in den wichtigsten Umrissen das Bild des Ödems infolge chronischer Filtration. Außerdem kennen wir auch noch das Bild infolge akuter Filtration. Wenn wir an die Extremität eine Esmarch-Binde anlegen, wie z. B. beim Aderlaß oder bei der intravenösen Injektion, schwellen zuerst die Hautvenen an dem distalen Ende der abgeschnürten Extremität an. Nach einiger Zeit beginnt die Filtration des Blutserums aus den überfüllten Venen in das umgebende Bindegewebe und an dem abgeschnürten Teil entwickelt sich ein immer größer werdendes Ödem, in welchem sich die anfangs prominierenden Venen nach und nach verlieren. Die Haut nimmt dabei eine graublaue Farbe an. Die Blutgefäße und zwar sowohl die Venen als auch Arterien reagieren auf die Überfüllung mit krampfhafter Kontraktion an einzelnen Stellen, wodurch weiße, anämische Flecke auf dem diffus graublauen Grunde entstehen. Bei längerer Dauer der Filtration tritt durch die Gefäßwände auch durch Hämoglobin gefärbtes Blutserum aus und infolgedessen erscheinen an der Oberfläche der Haut anfangs kleine, später auch ausgedehnte ziegelrote Flecke. Daran ist aber noch nicht genug; es kann selbst zu Blutergüssen kommen und die Oberfläche der Extremität erhält durch die licht- bis dunkelblauroten Flecke, deren Farbe sich nach der Tiefe richtet, in welche sich das Blut ergossen hat, ein noch bunteres Aussehen. Wie sehr verschieden von diesen beiden Ödemformen ist das klinische Bild, das durch Überfüllung des Gewebes mit Lymphe entsteht! Auch hier unterscheiden wir eine chronische, sich langsam entwickelnde und eine akute, rasch entstehende Form. Bei der ersten Form ist die Haut verdickt, derb und nicht in die normalen feinen Falten zu legen. Die Furchen sind deutlicher ausgeprägt, so daß sie in verschieden große und verschieden geformte Felder eingeteilt ist. Ihre Oberfläche ist glatt, entweder frei von Schuppen oder von kleinen, kleienförmigen bis lamellösen Schuppen bedeckt; oder sie ist uneben und zeigt kleine, warzenförmige Gebilde oder auch Geschwülstchen von der Größe einer Erbse bis zu der einer Kirsche (lymphatischer Varix) oder gar papillomatöse Exkreszenzen. Ein Beispiel der akuten Überfüllung der Gewebe mit Lymphe ist die Urtika oder auch das akute Quinckesche Ödem. Den klinischen Unterschied zwischen diesen Zuständen und jenem oben beschriebenen akuten Filtrationsödem brauche ich wohl nicht näher zu schildern. Aber

Digitized by Google

nicht nur das klinische Bild, auch die Qualität der Ödemflüssigkeit ist in beiden Fällen absolut verschieden. Beim mechanischen Ödem, dem Ödem durch Transsudation, Filtration, handelt es sich um eine eiweißarme, dem Blutserum ähnliche Flüssigkeit, während die Lymphe bekanntlich eine dem Blutplasma entsprechende Zusammenstellung besitzt. Wir kennen also in der menschlichen Pathologie zwei klinische krankhafte Zustände: das Ödem durch Transsudation, von dem wir wissen, daß es auf mechanische Weise entsteht, und das lymphatische Ödem, dessen Entstehung noch strittig ist. Beide Ödeme sind sowohl durch ihr Äußeres, als auch in ihrem Wesen grundverschieden. Es ist daher gänzlich ausgeschlossen, daß sie nach demselben Prinzip entstehen könnten. Die Unterschiede zwischen ihnen sind so ungeheuer groß, daß sie eine derartige Vermutung schon a priori ausschließen. Wenn wir demnach wissen, daß der eine dieser beiden Zustände (das Ödem durch Transsudation) nach rein mechanischen Gesetzen zustande kommt, nämlich durch Filtration von Flüssigkeit aus dem Blute in das benachbarte Gewebe, muß unbedingt angenommen werden, daß der andere (das lymphatische Ödem) auf eine ganz andere Weise entstehen muß. Und da es nur zwei Möglichkeiten gibt, kommt nur die andere in Betracht: wenn es nicht auf mechanische Weise, durch Filtration entsteht, kann es nur durch die vitalen Kräfte des Endothels der Blutkapillaren, durch Sekretion entstehen.

Als Kliniker muß ich mich demnach auf den Standpunkt stellen, den Heidenhain, Carlson, Hamburger, Mareš und andere Autoren vertreten haben, daß nämlich die Lymphe nicht nach physikalischen Gesetzen, sondern durch die vitalen Kräfte des Zellplasmas, durch die sekretorische Tätigkeit des Endothels der Blutkapillaren zustande kommt.

Um die Beweiskette über die lymphatische Natur des urtikariellen Ödems zu schließen, muß ich noch die folgende experimentelle Erfahrung Heidenhains anführen: er untersuchte experimentell den Einfluß gewisser Substanzen auf die Bildung der Lymphe, von denen bekannt ist, daß sie, wenn sie von außen in die Haut gelangen oder eingenommen werden, beim Menschen eine Urtikariaquaddel hervorrufen. Er fand, daß der Extrakt aus Krebsmuskeln, Blutegeln, Flußmuscheln u. dgl. ins Blut eingespritzt, einen ziemlich mächtigen Lymphstrom hervorruft. Diese Substanzen regen die Endothelien der Kapillaren zur sekretorischen Tätigkeit an, durch welche der Gewebssaft aus dem Blute abgesondert wird. Die sekretorische Tätigkeit der Kapillarendothelien ist die Hauptquelle der aus dem Blute strömenden Lymphe (zit. nach Mareš). Außer dem Blut supponiert Heidenhain noch das Gewebe als Quelle der

Digitized by Google

Lymphe, doch ist diese Quelle im Vergleich zum Blut sicher von untergeordneter Bedeutung.

Ich habe bewiesen:

1. das die Urtika bedingende Ödem ist verursacht durch plötzliche Ansammlung von Lymphe in einer umschriebenen Hautpartie.

2. Die Lymphe entsteht aus dem Blut durch sekretorische Tätigkeit des Endothels der Blutkapillaren. Demnach ist die Urtika pathologisch-anatomisch ein akutes zirkumskriptes lymphatisches Ödem der Haut.

Wie entsteht dieses Ödem? Es kann auf eine zweifache Weise entstehen. Entweder durch eine plötzliche, überstürzte Sekretion von Lymphe oder durch eine plötzliche Verhinderung ihres Abflusses. Welche Entstehungsart besteht zu Recht? Schon die oben angeführte Erfahrung Heidenhains, daß nach Injektion urtikariogener Substanzen ein beträchtliches Anschwellen des Lymphstroms eintritt, spricht für eine plötzliche, überstürzte Hypersekretion. Für diese spricht aber auch die anatomische Erfahrung, daß vielfache Kommunikationen und Anastomosen zwischen den einzelnen Spalten und Lymphgefäßen bestehen, durch die der Lymphstrom, der bekanntlich de norma sehr langsam fließt, leicht neue Abflußbahnen finden würde, wenn sein Abfluß irgendwo behindert werden sollte. Ist doch die Zahl der Verbindungen und Seitenbahnen so groß, daß gewöhnlich nicht einmal durch Unterbindung des lymphatischen Hauptabflußgefäßes einer Extremität die Hervorrufung einer Lymphostase gelingt. Man hat daraus bekanntlich den Schluß gezogen, daß der Hauptstrom der Lymphe in die Venen verläuft (Unna). Dies ist aber ein Irrtum, da man eben jene zahlreichen Anastomosen und Seitenbahnen vergessen hat. Wir wissen jetzt, daß, wenn es gelingt, sämtliche Lymphbahnen eines Bezirkes zu unterbinden, sicher Lymphostase mit ihren Folgen entsteht. Dieses Ereignis tritt z. B. ein, wenn sämtliche Lymphknoten der Leistengegend radikal entfernt werden.

Also: das akute zirkumskripte lymphatische Ödem der Urtika entsteht durch plötzliche Hypersekretion von Lymphe. Demnach ist die Urtika der Ausdruck einer Störung der Lymphsekretion. Die Urtikaria gehört also pathologisch-anatomisch in die Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae; durch diese neu aufgestellte Gruppe muß das pathologisch-anatomische System der Hautkrankheiten ergänzt werden.

Das Wesen der urtikariellen Reaktion beruht demnach auf einem analogen Prinzip wie alle übrigen objektiven Hautreaktionen. Auch für sie existiert in der Haut eine besondere Einrichtung: das Endothel der

Digitized by Google

Gefäßkapillaren, das auf einen entsprechenden Reiz mit einer erhöhten Tätigkeit antwortet, deren Produkt das lymphatische Ödem ist. Die Urtika ist, wie wir noch hören werden, nicht das einzige klinische Symptom des lymphatischen, durch kapilläre Hypersekretion entstandenen Ödems. Es ist daher die Bezeichnung „urtikarielle Reaktion", deren wir uns bis jetzt zum Zwecke der leichteren Verständigung mit dem Leser bedient haben, nicht ferner aufrechtzuerhalten, sondern muß durch die Bezeichnung „lymphatische Reaktion" ersetzt werden. Das Organ der lymphatischen Reaktion sind also die Blutkapillaren, speziell deren sekretorisches Endothel.

Was das Reizmittel anbelangt, kennen wir eine ganze Reihe urtikariogener Substanzen der verschiedensten Provenienz. Diese Substanzen vermögen die Kapillarendothelien direkt zu reizen, mögen sie zu denselben von außen oder aus dem Blute gelangen. Außerdem müssen wir aber auf Grund der klinischen Erfahrungen annehmen, daß es möglich ist, die lymphatische Reaktion auch durch Nervenreiz hervorzurufen. Obwohl uns bis jetzt nähere Kenntnisse über diesen Gegenstand fehlen, müssen wir vermuten, daß es das Nervensystem ist, welches die sekretorische Tätigkeit der Kapillaren beherrscht, ähnlich jenem Nervensystem, welches die sekretorische Tätigkeit der Zellen der Schweißdrüsen reguliert.

Am Schlusse des ersten Abschnittes meiner Studie angelangt, resümiere ich:

Die entzündliche Reaktion gipfelt bezüglich der Gefäßsymptome in einer qualitativen und quantitativen Veränderung der Sekretion des Gewebssaftes. Sie wird durch das Zellprotoplasma des lädierten Gewebes hervorgerufen und reguliert und geht außerdem mit einer ganzen Reihe vorbereitender Veränderungen einher.

Die lymphatische Reaktion ist der Ausdruck einer quantitativ gesteigerten Sekretion des Gewebssaftes und ist bedingt entweder durch eine direkte oder eine Nervenreizung der sekretorischen Kapillarzellen.

Daraus geht vor allem die nahe Verwandtschaft zwischen dem entzündlichen und dem lymphatischen Ödem hervor, und doch auch ein wesentlicher Unterschied zwischen denselben. Daraus erklärt sich die auffallende klinische Ähnlichkeit des entzündlichen und lymphatischen Ödems, aber auch die Verschiedenheit in den Ansichten über das Wesen der Urtika unter den Autoren wie Unna, Neisser, Kreibich, Török u. a.

Daraus geht ferner hervor, daß die entzündliche und lymphatische Reaktion absolut selbständige Reaktionen sind. Jede

Digitized by Google

derselben kann für sich allein auf der Haut entstehen und auf derselben besondere klinische Morphen hervorrufen. Außerdem aber können sicherlich Fälle vorkommen, bei denen beide Reaktionen an der Bildung der krankhaften Erscheinungen auf der Haut mitwirken können, die dann die Symptome der entzündlichen und der lymphatischen Reaktion an sich tragen. Davon soll aber in einem zweiten Teil unserer Studie die Rede sein.

Fachzeitschriften.

The urologic and cutaneous Review.

Dezember 1915.

1. Über die Fortschritte unserer Kenntnis der Pathologie der Syphilis in neuester Zeit, von Richard Frühwald-Leipzig. Frühwald gibt eine Zusammenfassung der gewaltigen Errungenschaften der syphilidologischen Fortschritte der letzten Zeit, die speziell in der Kenntnis der Pathologie der Syphilis erreicht worden sind. Frühwalds Ansichten sind den Lesern aus seinen zahlreichen verdienstvollen deutschen Publikationen bekannt.

2. Die Fulgurationsbehandlung gewisser Neubildungen, von F. Tyler-Omaha. Als Hauptvorzüge der Behandlungsmethode von Neubildungen mit Fulguration gegenüber der chirurgischen Messerbehandlung erwähnt der Verfasser 1. das Fehlen einer sichtbaren, oft entstellenden Narbe, besonders bei Tumoren des Gesichtes, 2. die geringere Gefahr von Metastasenbildung, da weder Blut- noch Lymphgefäße eröffnet werden, 3. die Möglichkeit, den Strom vorsichtig zu dosieren, besonders wenn man in der Nähe großer Gefäß- oder Nervenstämme behandeln muß. Der Apparat ist nicht teuer, vielfach verwendbar — ja, nach Tyler für viele Fälle unentbehrlich. Tyler schildert einige Fälle von Epitheliomen und Fibromen, die mit bestem Erfolge mittels Fulguration behandelt und ohne störende Narben geheilt worden sind. Es sind von einigen Fällen sehr instruktive Abbildungen zur Illustration der Resultate beigefügt. Auch bei Warzen, Keloiden usw. hat der Verfasser gute Erfolge gehabt. Bei oberflächlichen Tumoren hat der Verfasser die manopolare Methode — oft ohne jede Anästhesie — angewendet; bei tiefer liegenden ist die bipolare notwendig. Bei Affektionen an den Extremitäten wird der passive Pol auf die der zu behandelnden Stelle entgegengesetzte Seite aufgesetzt. Tyler hofft, daß infolge der guten Resultate und der oben erwähnten Vorzüge die Methode weitere Verbreitung finden wird.

3. Über das sogenannte renale Hypernephroma, von O. H. Kelsall-Louisville. Der Verfasser betont selbst, daß der Ausdruck „renales Hypernephroma" nur eine Art Verlegenheitsname ist für Tumoren oberhalb der Niere oder Tumoren der Nebenniere und quasi als Kompromiß eingeführt wurde wegen einiger pathologisch anatomischer Besonderheiten. Diese hatten in den verschiedenen Krankenhäusern zu den Bezeichnungen: „Angiosarkom, Peritheliom, Endotheliom, Mesotheliom, Karzinom" geführt. Dann bespricht Kelsall sehr ausführlich die Ätiologie dieser Neubildung nach der Grawitzschen Theorie. Die Krankheit tritt meist im 50.—60. Lebensjahre auf; sie ist auch bei Kindern, aber dann mit sehr schnellem Verlauf beobachtet worden. Von den Symptomen ist die Hämaturie das konstanteste und wichtigste. Die Diagnose ist schwer und meist erst bei der Operation zu stellen. Die Prognose ist ungünstig. Albarran

Digitized by Google

fand bei Operationen von der Lumbalgegend aus eine Mortalität von 22%. Bei solcher vom Abdomen 23%. Dazu kommt die große Häufigkeit der Metastasen. KELSALL bringt die Krankengeschichte eines solchen Falles mit glücklichem Ausgange der Operation. Der pathologische Befund lautete: Tumor von der Größe eines Manneskopfes, der die untere Hälfte der linken Niere einschließt. Schnitte durch den Tumor zeigen, daß er weich und nekrotisch ist; mikroskopisch: Massen von Epithelzellen des Nebennierentypus und Zellen mit Fetttröpfchen und nekrotischen Stellen.

4. Ein Fall von totaler Spaltung der Glans penis, von LEON ROSENWALD-Kansas-City. Im allgemeinen gehören kongenitale Defekte an der Harnröhre nicht zu den großen Seltenheiten, doch glaubt der Verfasser den folgenden Fall als etwas ganz besonders Seltenes schildern zu müssen. Es handelt sich um eine kongenitale, totale Spaltung der Glans in zwei Hälften vom Sulcus coronarius bis zur Spitze, die vollkommen gleich sind — außer daß das Frenulum an der linken Seite sitzt —, so daß es wie eine künstlich gemachte präzise Durchtrennung aussieht. Beide Hälften sind auf der Innenfläche mit normaler Haut bekleidet, wenn die Hälften aneinander gelegt werden, so sieht der Penis wie normal aus, der Urin kommt in geradem Strome. Im übrigen ist der 17jährige Patient geistig wie körperlich normal entwickelt. Nach Analogie der Tracheoraphie wurde der blutleere Penis genäht und die beiden Hälften mit vollem Erfolge vereinigt. Verfasser hält diese Affektion für eine Entwicklungshemmung, er geht genauer auf das embryologische Interesse des Falles ein.

5. Bericht eines Falles von Dermatitis herpetiformis (DUHRING) kombiniert mit Arsenpigmentationen und Arsenkeratosen, von MOSES SCHOLTZ-Cincinnati. Mit der Überschrift ist der Inhalt der mit zwei Abbildungen versehenen Abhandlung fast erschöpft. Der Verfasser bespricht kurz die Differentialdiagnose der Dermatitis herpetiformis gegenüber dem bullösen Ekzem und der Skabies. Selten und für die Therapie fatal ist die Kombination mit Arsenmelanose und -keratose, die durch einen sechs Jahre langen fast dauernden Gebrauch von Solut. fowleri, der ganz in das Belieben des Patienten gestellt war, erklärt ist. Die sonst wirksamen tonischen Mittel, Strychnin und Chinin, versagten, und so wollte der Verfasser nach dem Beispiele deutscher Verfasser die Therapie mit physiologischer Kochsalzlösung (rektal, intravenös oder subkutan oder mit antogenem resp. heterogenem Blutserum versuchen.

6. Unstimmigkeiten bei der urologischen Auffassung der NEISSERschen Urethrorrhoe — der sogenannten Blennorrhoe. Kritischer Kommentar, von CHARLES C. MAPES-Louisville. Die Ausführungen des Verfassers darüber, daß die Namen „Gonorrhoe und Blennorrhoe" nicht zutreffend und unberechtigt sind, erscheinen zum Referieren nicht geeignet.

7. Über die Technik der Behandlung der akuten Blennorrhoe, von PAUL ORLOWSKI-Berlin. Der Verfasser gibt seine Ausführungen über die Blennorrhoebehandlung mit vielfachem Vorbehalt, er meint, daß die mangelhaften Erfolge in der Therapie des Trippers nicht sowohl auf die mehr oder weniger intensive Einwirkung der Mittel zurückzuführen seien als auf unrichtige Technik des Arztes oder des Patienten. Die Frage, ob man in ganz akutem Stadium schon mit der lokalen Behandlung beginnen solle, wagt ORLOWSKI nicht zu entscheiden. Er glaubt überhaupt, daß man differenzieren müsse und nicht schematisch behandeln dürfe. Sowohl bei Injektions- wie bei Irrigationsbehandlung spielt die Wiederstandsfähigkeit des Sphinkters, die individuell sehr verschieden ist, eine große Rolle. Über die Kraft des Sphinkters hat man eine bessere Kontrolle, wenn man die Irrigationen mittels einer großen Handspritze macht, als bei Anwendung des Irrigators. Verfasser gibt dann einige Winke über die Technik bei lang ausgedehnten Irrigationen, die er für sehr vorteilhaft hält; besonders wichtig ist

Digitized by Google

die bequeme Lage des Patienten, damit möglichst alle Muskeln des Körpers inklusive des Sphinkters erschlaffen; er verbreitet sich über die Vorzüge des Stehens resp. Sitzens resp. Liegens des Patienten während der Prozedur. Zur Anregung der antitoxischen Kraft der Harnröhre empfiehlt er 1—2mal täglich heiße Sitzbäder (42—45° C) von einhalbstündiger Dauer. Um das Aszendieren der Gonokokken zu hindern, hält der Verfasser die Anwendung von Balsamizis nicht für vielversprechend; etwas mehr hält er von reichlicher Flüssigkeitszufuhr. In manchen Fällen hat er von der Vakzinetherapie gute Erfolge gesehen. O. Lasch-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die Bedeutung intravenöser Arthigoninjektionen für die Diagnostik und Therapie der Blennorrhoe, von R. Habermann-Bonn. (M. m. W., 1914, Nr. 8 und 9.) Die Erfahrungen, welche H. in der Klinik von E. Hoffmann bei Verabreichungen von 140 Injektionen an 81 Patienten teils in diagnostischer, teils in therapeutischer Absicht gesammelt hat, liefern eine nur sehr bedingte Bestätigung der von Bruck und Sommer mitgeteilten Beobachtungen. Verfasser stellt folgende Schlußfolgerungen aus seinen Darlegungen auf: Die intravenöse Injektionsmethode des Arthigons scheint keine wesentlichen diagnostischen oder therapeutischen Vorteile gegenüber der alten intramuskulären Anwendungsweise zu bieten. Die sogenannte Doppelzacke ist ein relativ seltenes und teilweise spezifisches, daher diagnostisch kaum verwertbares Symptom. Ein schon kurze Zeit nach der Injektion auftretendes, aber nur wenige Stunden anhaltendes, wenn auch mitunter hochgradiges Fieber tritt oft auch bei Normalen ein und ist demnach als unspezifisch zu bezeichnen. Für Blennorrhoe charakteristisch ist dagegen vielmehr die erhöhte Abendtemperatur nebst einer eventuellen Fortdauer des Fiebers bis zum nächsten Tage. Die starken Nebenwirkungen des Mittels, wie Herdreaktionen in Form von Propagationen und Rezidiven, sowie die häufig erheblichen Allgemeinreaktionen lassen besonders für therapeutische Zwecke eine Verminderung der bisher empfohlenen Dosen angezeigt erscheinen. Eine eigentlich günstige Wirkung der heftigeren Reaktionsvorgänge auf den Heilungsprozeß war bei dieser Serie nicht zu konstatieren.

A. Philippi-Salzschlirf.

Blutbefunde nach intravenösen Arthigoninjektionen, von M. Brasch-Nürnberg. (M. m. W., 1914, Nr. 24.) Nach den Resultaten, welche Verfasser bei der Untersuchung des Blutes von zehn Fällen von blennorrhoischer Infektion mit arthritischen und sonstigen Komplikationen unter Behandlung mit Arthigon erhalten hat, sind folgende Thesen aufzustellen: Im Anschluß an den sich gewöhnlich nach der Arthigoneinspritzung einstellenden Schüttelfrost entsteht zunächst eine relative Leukopenie, alsdann aber eine mehr oder minder ausgesprochene Leukozytose. Diese Vermehrung der Leukozyten betrifft die polymorphkernigen, neutrophilen Elemente und erreicht nach durchschnittlich $4^1/_2$ Stunden ihren Höhepunkt. Die Zahl der Lymphozyten sinkt dabei um ein beträchtliches, und die übrigen Zellformen der weißen Blutkörperchen verschwinden fast ganz aus dem Blutbild. Im Verlauf von 24 Stunden nach der Injektion sind meist die normalen Leukozytenverhältnisse wiederhergestellt. A. Philippi-Salzschlirf.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Chemie der Zelle, von P. G. Unna und O. Gans. (B. kl. W., 1914, Nr. 10.) Dieser vierte Artikel über die Chemie der Zelle bespricht die Nissl-Körper, das in

Digitized by Google

den Ganglien vorkommende Granoplasma, welches in den Epithelien und Bindegewebszellen weit verbreitet ist. Nachdem sie die Geschichte der Chemie der Nisslkörper behandelt haben, bringen die Verfasser ihre Methode des Nachweises, daß die Nisslkörper lediglich aus Zytose bestehen. G. Heymann-Elbing.

Zur Chemie der Zelle, von P. G. Unna. (B. kl. W., 1914, Nr. 13.) In dieser Nummer wird das Keratohyalin behandelt. Verfassers Untersuchungen führen zu dem Resultat, daß das Keratohyalin aus einer basischen und einer sauren Komponente besteht, daß aber genauer die erstere zu den oxyphilen, in 25%iger Salzsäure löslichen, in Hämatein + Alaun spezifisch färbbaren Substanzen, die letztere zu den Globulinen gehört. G. Heymann-Elbing.

Zur Chemie der Zelle, von P. G. Unna. (B. kl. W., 1914, Nr. 15.) VI. Epithelfasern. Nach Abhandlung der Morphologie und der Geschichte unserer Kenntnisse vom Epithelfaserapparat befaßt sich dieser Artikel damit, die chemische Natur der sauren Komponente der Epithelfasern festzustellen. Feststeht, daß im Faserrot keine Heteroalbumose und kein genuines Eiweiß, also kein Albumin oder Globulin vorliegt. Ebenso sind alle weiter abgebauten Deuteroalbumosen ausgeschlossen. Es handelt sich also sicher um ein nur ganz schwach abgebautes Eiweiß und mit größter Wahrscheinlichkeit um eine Proalbumose. Diese würde also jenes saure Eiweiß sein, welches, indem es sich in der basischen Grundlage verschiedener Teile des Epithelfasersystems bildet, die Darstellung dieser Teile ermöglicht. G. Heymann-Elbing.

Von Zellen nervöser Art in der Epidermis des Menschen, vorläufige Mitteilung von Gösta Häggquist-Stockholm. (Anat. Anz., Bd. 47, 9/10.) Bei Untersuchungen über den Kältesinn bei Menschen gelang es H., die Empfindung in der Epidermis oder dem obersten Teil des Corpus papillare zu lokalisieren. Als er mit der von Kreibisch ausgearbeiteten Rongalitweißmethode danach fahndete, ob eine besondere Anordnung der Nerven wahrzunehmen wäre, fand er einige an der Grenze zwischen Korium und Epidermis liegende Zellen, die reichlich verästelt sind. Die Arbeit gibt sehr anschauliche Bilder dieser Zellen. Diese Zellen sind nicht für die Kältepunkte spezifisch; es erscheint aber dem Verfasser nicht unwahrscheinlich, daß es sich hier um Sinneszellen handelt. E. Brinitzer-Altona.

Das kutane und subkutane Bindegewebe in veränderter Funktion, von Ed. Rehn und Miyauchi. (Arch. f. kl. Chir., Bd. 105, H. 1.) Verfasser haben an Hunden Transplantationsversuche mit dem straffen kutanen und dem lockeren subkutanen Bindegewebe gemacht. Bei einfacher Transplantation würde das lockere Bindegewebe und das Fettgewebe erhalten bleiben, das straffe dagegen müßte degenerieren und sich in Fettgewebe umwandeln. Wird dagegen auf das Transplantat ein neuer Gestellungsreiz ausgeübt, so verliert das subkutane Bindegewebe schon nach acht Tagen seine lockere Gestalt und wird zellreich, straff, parallelstreifig. Die Bindegewebszellen werden spindelig, vermehren sich außerordentlich, die vorhandenen Fibrillen werden längs gestreckt, richten sich parallel aus. In der fünften Woche etwa beginnt die Entwicklung der endgültigen Sehnenfibrillen, von der sechsten Woche ab wird der zellige Anteil in den Hintergrund gedrängt, und in der achten Woche ist die Umwandlung zur ruhenden Sehne größtenteils vollzogen. In früheren Untersuchungen war erwiesen worden, daß auch das Fettgewebe durch einen starken Gestaltungsreiz sich in Bindegewebe umwandeln kann. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß ein aus kutanem und subkutanem Bindegewebe bestehendes Transplantat durch Zug- und Druckwirkung zur Sehne und Faszie werden kann. Verfasser haben diese Bindegewebstransplantation auch praktisch erprobt und gefunden, daß sie stets ihre Aufgabe erfüllte und der Sehnen- und

Digitized by Google

Faszienautoplastik nicht nachstand. Das Anwendungsgebiet dieser Plastik liegt nach der Ansicht der Verfasser auf dem Gebiete der Sehnen- und Bänderplastik.

R. Frühwald-Leipzig.

Kinnhaare mit einer Talgdrüse im Inneren des Follikels: Mißbildung des einen und seiner Papille, von S. Giovannini. (Anat. Anz., Bd. 45, Nr. 23/24.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. Siehe auch diese Zeitschrift, Bd. 55, S. 1235.

R. Frühwald-Leipzig.

Über die Verhornung des Nagels, von Leonardo Martinotti. (Internat. Mschr. f. Anatom. u. Physiol., Bd. 31, H. 7/9.) Die Verhornung des Nagels ist ein direktes Produkt des Eleidins, ohne Bildung von Keratin, wie in der Haut. Die Epidermis des Fingerrückens schlägt sich zum Eponychium um und zeigt im Niveau der Nagelmatrix eine starke Eleidinzellenbildung; dort beginnt die Nagelwurzel. Im Nagelbett ist die Bildung der Eleidinzellen weniger stark, aber überall deutlich. Die Zellen des Nagels selbst geben deutliche Eleidinreaktion. Keratohyalin findet sich im Nagelbette gar nicht oder in ganz geringer Quantität. Die Zellen, welche den Nagel bilden, bewahren den Kern, selbst wenn sie schon voll von Eleidin sind. Das Wachstum des Nagels erfolgt hauptsächlich von der Matrix aus; die Eleidinzellen des Nagelbettes haben vornehmlich den Zweck, die Dicke des Nagels zu erhalten. Die Nagelsubstanz ist reich an Fett.

R. Frühwald-Leipzig.

Zur Frage von der Entstehung und der Bedeutung der Geschlechtszellen, von M. Nussbaum. (Anat. Anz., 1914, Bd. 47, Nr. 17/18.) Unter Bezugnahme auf eine 1914 erschienene Abhandlung Witschis über die Keimdrüse von Rana temporaria weist Verfasser darauf hin, daß der Gedanke: die Keimzellen sind von ihrem frühesten Erscheinen an Gebilde spezifischer Natur, zuerst von ihm ausgesprochen sei und zwar bereits vor 30 Jahren, nicht aber von Goette, wie Witschi behauptet. Verfasser bringt dafür verschiedene Belege aus seinen Schriften und Abhandlungen.

E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage des Reservesauerstoffs in der lebendigen Substanz, von Max Verworn. (Livre jubilaire du Prof. Ch. Richet, 1912, S. 435.) Die in neuester Zeit viel umstrittene Frage nach der Existenz einer gewissen Menge von Reservesauerstoff in der lebendigen Zelle der aëroben Organismen scheint nach V. für Kaltblüter im bejahenden Sinne entschieden zu sein. V. prüfte die Veränderungen in den energetischen Leistungen eines aëroben Systems beim plötzlichen Übergang aus einem sauerstoffhaltigen in ein völlig sauerstofffreies Medium. Am Nerv lassen sich die energetischen Leistungen mit einem nach Kroneckerschen Einheiten geeichten Schlitteninduktorium quantativ genau feststellen. V. benutzte zu seinen Versuchen den Nerv eines Nervmuskelpräparates eines Frosches und fand dabei, daß die Erregbarkeit nach Verdrängung alles Sauerstoffs in der Regel noch $1^1/_2$—2 Stunden unverändert auf der ursprünglichen Höhe blieb. Dann erst erfolge die Abnahme in durchaus gleichmäßiger Weise und zeigte die Form einer logarithmischen Kurve. E. Brinitzer-Altona.

Histophysiologische Studien über die Temperatursinne der Haut des Menschen, von Gösta Häggqvist-Stockholm. (Anat. Anz., 1913, Bd. 45, H. 2—3.) Die in der Literatur vorhandene Differenz der Anschauungen über den Tastsinn und das Gemeingefühl, über die Bedeutung der Schmerz-, Druck-, Kälte- und Wärmepunkte der Haut führt der Verfasser darauf zurück, daß die Theorien über das Zustandekommen der einzelnen Empfindungen zwar größtenteils sehr geistreich, aber meist allzu hypothetisch, das heißt nicht genügend auf anatomischer Grundlage fußend aufgestellt seien. Derartige Fragen sind zum Beispiel: a) Wie weit die Entfernung zwischen zwei Kältepunkten sein kann, um noch getrennte Empfindungen auslösen zu lassen? b) Worauf

Digitized by Google

die lokale Kälte- (resp. Wärme-) Empfindung in der Magengegend beruht, wenn man in den leeren Magen größere Quantitäten kalten (resp. warmen) Wassers bringt; nach der Ansicht der einen durch die Fortpflanzung des Kälte- (resp. Wärme-) Reizes durch die Magenwand auf die Bauchhaut, was angesichts der zwischen der Magenschleimhaut und der Bauchhaut lagernden Gewebsmassen dem Verfasser und anderen Verfassern unwahrscheinlich erscheint; diese letzteren ihrerseits erklären diese Erscheinung entweder durch die Vermittlung von mehr zentral gelegenen Sinnesorganen oder dadurch, daß der Kälte- (resp. Wärme-) Reiz zu einer Erweiterung (resp. Verengerung) der tieferliegenden Bauchgefäße und damit zu einer Verengerung (resp. Erweiterung) der oberflächlichen Hautgefäße, d. h. zu einer geringeren (resp. größeren) Blutzufuhr zur Haut führt. c) Um ein drittes Beispiel zu zitieren: ob die Krauseschen Endkolben da, wo sie vorhanden sind, die Organe der Kälteempfindung sind. Der Verfasser hat nun sehr fleißig ausführliche histologische, anatomische und physiologische Forschungen angestellt und hat mittels einer eigenen Technik Kälte- und Wärmepunkte in der Haut bestimmt und die um diese Punkte gelegenen Kreise vorsichtig mit einem von ihm konstruierten Apparate exzidiert, gehärtet und Serienschnitte von 10 μ Dicke gemacht und mit Hämatoxylin und Eosin gefärbt. (Was die Zahl der Kältepunkte anlangt, kam der Verfasser wie auch andere Verfasser auf ca. zehn pro qcm.) In den auf diese Weise hergestellten und sorgfältig untersuchten Präparaten hat der Verfasser keine speziellen Nerven-Endkörper entdecken können und folgert daraus, daß, welches die peripherischen Organe der beiden Temperatursinne auch sein mögen, sie doch nicht Nerven-Endkörper weder von Krauses noch von Ruffinis Typus sind. Dagegen hat der Verfasser, wie er in sehr instruktiven Präparaten dartut, in allen von ihm untersuchten Kältepunkten (15 Stück) einen glatten Muskel gefunden, der in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht als ein Musculus arrector pili zu deuten ist, wenn es auch nicht durchweg mit Sicherheit in Abrede zu stellen ist; in einem Falle erschien der Muskel als ein nach dem Haarausfall zurückgebliebener Arrector pili. Diese Muskeln hat der Verfasser nur bei Hautstücken, welche Kältepunkte enthielten, gefunden, sonst aber niemals und auch nicht bei Hautstücken, die von der Vola manus herrühren. Diesen in der Haut liegenden glatten Muskeln schreibt der Verfasser in einer sehr geistreichen Deduktion die Auslösung der Kälteempfindung zu, und zwar denkt er sich das in folgender Weise: „Vielleicht geschieht das durch eine direkte Kältereizung. Wahrscheinlicher finde ich aber die Annahme, daß hier von einem Reflex die Frage sein mag. Wenn ein kalter Gegenstand auf die Hautoberfläche plaziert wird, tritt das darunter liegende, reichlich entwickelte Nervnetzwerk in Funktion und dann die Nerven, welche im Anschluß an das regionäre Hautgebiet liegen, dessen Gefäße von einem solchen Muskel reguliert werden. Durch diese Nerven wird ein Reflex im Rückenmark ausgelöst, der durch die motorischen Nervenbahnen via Sympathikus zum Muskel weitergeführt wird. Dieser letztere zieht sich zusammen und verhindert, wie oben gesagt ist, die regionäre Blutzufuhr zu der Haut. Das ist sehr zweckmäßig für die Wärmeökonomie des Körpers; denn, falls die Verbrennung in der Haut geringer wird, so wird auch die Wärmeproduktion in dieser geringer, und die Ausstrahlung nimmt ab. Aber nicht nur der Wärmeverlust der Haut, sondern auch der des Blutes wird bedeutend geringer. Diese Abkühlung des Hautgewebes wird von den in ihm liegenden sensibeln Nerven-Endzweigen empfunden und erreicht zuletzt unser Bewußtsein." Mit dieser Muskeltheorie lassen sich auch die sogenannten paradoxen und remanenten Kälteempfindungen erklären. Was die Wärmepunkte betrifft, so kann der Verfasser bisher nur sagen, daß sie oft in der Nähe von Schweißdrüsen aufzutreten scheinen; ob aber zwischen Wärmepunkten und stärker entwickelten Schweißdrüsen ein Zusammenhang besteht, wie ihn der Verfasser zwischen

Digitized by Google

den Kältepunkten und den glatten Muskeln annimmt, muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. O. Lasch-Breslau.

Histophysiologische Studien über den Temperatursinn in der Haut des Menschen, von G. Häggqvist. (Hygiea, 1914, Bd. 76, Nr. 6.) Den Umstand, daß man, trotzdem nur einzelne Hautsinnespunkte gereizt werden, eine Empfindung hat, als wäre die ganze Hautoberfläche gereizt, kann man durch die Zusammenwirkung folgender drei Faktoren erklären: 1. die fehlende Genauigkeit der Lokalisation von Reizungen, die unsere Haut treffen; 2. die Schwäche der Reizungen, und 3. den Umstand, daß gewöhnlich mehrere Arten von Sinnespunkten gleichzeitig gereizt werden. Man muß annehmen, daß es in der Wand des Magens kälteperzipierende Organe gibt. Die Kältepunkte werden in die Tiefe der Haut von glatten Muskeln gefolgt. Diese Muskeln haben wahrscheinlich eine Funktion bei der Wärmeregulierung unseres Körpers zu erfüllen.

W. Holland-Christiania.

Über den Einfluß des Nervensystems auf den Pigmentgehalt der Haut, von Fritz Nehl-Augsburg. (Zschr. f. kl. M., 1914, Bd. 81, H. 1 und 2.) Der Verfasser kommt zu folgendem Ergebnis: Bei niederstehenden Tieren, wie bei Fischen und Amphibien, wird die Pigmentierung der Haut zweifellos durch nervöse Momente beeinflußt. Das plötzliche Ergrauen der Haupthaare scheint nicht als Pigmentschwund aufzufassen zu sein, sondern auf dem Auftreten zahlloser Luftbläschen im Haare zu beruhen. Manche Beobachtungen sprechen dafür, daß es auch beim Menschen unter nervösen Einflüssen zu Pigmentverschiebungen kommen kann. Die segmentären Pigmentnävi beruhen nicht auf nervösen Einflüssen; vielmehr sind die Pigmentanomalien, wie der angeborene Albinismus, mit Entwicklungsstörungen der Kutisplatten der Urwirbel zu erklären. Die Frage, ob die Pigmentierung beim Morbus Addisonii im Zusammenhang mit dem Nervensystem steht, ist noch nicht gelöst. Zweifellos hat aber die Nebenniere, die vom vegetativen Nervensystem aus innerviert wird, eine Einwirkung auf die Pigmentbildung der Haut, und so übt dieses Nervensystem mindestens indirekt einen Einfluß auf die Pigmentbildung aus. Die Pigmentierungen bei Sklerodermie und bei der einseitigen Gesichtsatrophie legen die Vermutung nahe, daß der Reizzustand oder Ausfallserscheinungen der sympathischen Fasern den Pigmentverschiebungen zugrunde liegen. Jedenfalls bestehen hierbei keine Störungen der senbibeln oder der motorischen Nerven. Daß eine Unterbrechung der sympathischen Fasern zum Pigmentschwunde führen kann, geht aus den Beobachtungen von halbseitigem Ergrauen nach Halssympathikusläsionen und von Heterochromie (Pigmentschwund) der Iris nach Resektion des obersten Ganglions des Halssympathikus mit Sicherheit hervor. So scheint es doch wohl möglich, daß langdauernde schwere Sorgen und quälende Angstzustände auf dem Wege über das vegetative Nervensystem zum Schwinden des Haarpigments, also zum vorzeitigen Ergrauen führen können. W. Chrzelitzer-Posen.

Mikroskopische Technik.

Die Herkunft der Plasmazellen, von P. G. Unna-Hamburg. (Virch. Arch., Bd. 214, H. 3.) Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen (besondere Methodik angegeben) stellt Verfasser fest, daß die Plasmazellen endogen in Spindelzellen entstehen. Die Muttersubstanz ist das Spongioplasma. Die Plasmazellen liegen vielfach mit den Spindelzellen noch im Zusammenhang, und Unna hat für diese Zusammenhangsfiguren besondere Namen wie Frucht am Stiel, Frucht in der Schale, Frucht in der Schote usw. Besonders schön treten diese Figuren in dem an Spongioplasma reichen Gewebe von Aktinomykose des Rindes auf, aber auch bei Syphilis, Tuberkulose usw. Die lymphozytäre Genese der Plasmazellen schließt er völlig aus. B. Junghanns-Dresden.

Digitized by Google

Untersuchungen über den feineren Bau der menschlichen Epidermis in Beziehung zu ihrer Funktion der Eleidokeratinbildung, von Leonardo Martinotti. (Anat. Anz., 1914, Nr. 13—14.) **Malpighische Schicht und Produktion der Epidermisfibrillen.** (Arch. f. Zellforsch., Bd. 12, H. 4.) Verfasser führt seine bereits früher berichteten histologischen Untersuchungen weiter aus. Die Arbeiten müssen von Interessenten im Originale nachgelesen werden. R. Frühwald-Leipzig.

Über den Durchbruch von Pseudoxanthomzellen durch Zylinderepithelschichten, von E. Krompecher-Budapest. (Verh. D. path. Ges., München 1914.) In einem Falle von Zystadenom des Ovariums konnte K. beobachten, daß bei einem Durchbruch der subepithelial gelagerten Pseudoxanthomzellen bindegewebiger Abkunft, d. h. feinschaumiger, meist mit lipoiden Substanzen beladener und demnach xanthomähnlicher Zellen, zunächst das Zylinderepithel an der Durchbruchsstelle stark abgeplattet, blumenbeetartig vorgewölbt wird und infolge der starken Spannung einreißt, worauf sich die Pseudoxanthomzellen in das Lumen ergießen. Das an anderen Stellen den Zellen direkt aufsitzende Zylinderepithel wird nicht abgeplattet, hypertrophisiert stellenweise stark und kann sich sogar zu Flimmerepithel umwandeln. O. Gans-Freiburg i. Br.

Bakteriologie.

Über die kulturelle Entwicklung der Hautpilze, von L. Calzabou. (Ann. Inst. Pasteur, 1914, Nr. 1.) Bis jetzt beruht die Einteilung der Hautpilze im wesentlichen auf dem Aussehen ihrer Kulturen. Diese haben die Tendenz, sich als weißer, flaumiger Überzug darzustellen. Da dieser bei manchen aber erst nach einem andersartigen ersten Kulturstadium auftritt, wurde er als sogenannte pleomorphe Form, als Degenerationszeichen aufgefaßt, namentlich auch weil sich einmal daraus nie wieder die erste Form kultivieren läßt und zweitens die zur Unterscheidung der Pilze benutzten, sogenannten differenzierten Organe wie Sporen, kammförmige Gebilde, Spindeln, Spiralen und Myzelknäuel fehlen. Die erstere Erscheinung kann aber auch anders, als durch Degeneration bedingt, erklärt werden und die Bedeutung der erwähnten Organe ist, mit Ausnahme der Spindeln, noch unsicher. Die pleomorphe Form kann daher auch einfach der Ausdruck für ungünstige zeitliche und räumliche Bedingungen für die Entwicklung sein. Diese lassen sich günstiger gestalten, wenn man in einen hohlgeschliffenen Objekträger einen Tropfen Sabouraudscher Bouillon glucosé bringt, den Pilz darauf impft, mit einem Deckglas die Kammer schließt und die Entwicklung so beobachtet. Auf diese Weise ließ sich bei Achorion Verisei folgendes feststellen: Aus den eingebrachten Spindeln einer primären Kultur entwickelten sich Lufthyphen, aus denen sogleich neue Spindeln sproßten. Daneben entwickelte sich auf dem Nährboden, ebenfalls aus den Spindeln, ein Myzelium, das sich allmählich zwischen die Lufthyphen emporschob und so die pleomorphe Form erzeugte. Dasselbe Resultat erhielt man bei Verimpfung einer pleomorphen Kultur. Nach einem Monat differenzierten sich kettenartige kugelige Gebilde. Ihre Bedeutung ist nicht klar, doch glaubt Verfasser auf diesem Wege der Systematik der Pilze näher zu kommen. W. Lutz-Basel.

Die parasitären Pilze des Menschen, von E. Bodin. (Nouveau traité de Pathol. génér., Bd. 2.) Der auf dem Gebiete der Mykologie rühmlichst bekannte Verfasser gibt in dieser Schrift eine kurze Zusammenfassung des Wissenswerten über die Pilze beim Menschen. Er bespricht zuerst ihre Anatomie und Biologie, ihre Ansprüche an Nährböden, ihr Verhalten gegen äußere Einflüsse. Übergehend auf ihr parasitäres Leben erörtert er den Infektionsmodus, die Virulenz der Pilze, die pathologische Histologie der durch Pilze veranlaßten Läsionen, die serologischen Veränderungen und damit im Zusammenhange Vakzination und Serotherapie und schließlich die Behandlung. Im dritten

Digitized by Google

Kapitel bespricht Verfasser die bisher bekannten Pilze beim Menschen und im letzten Abschnitt die Methoden und Technik des mykologischen Studiums (Kultur, Serologie, Experiment). Auf das speziell Dermatologische ist nur kurz hingewiesen.

R. Frühwald-Leipzig.

Der Nachweis von Spirochaeta pallida durch Verwendung von chinesischer Tusche, von W. A. Walters-Billings. (J. Am. m. Assoc., 1914, Nr. 7.) Verfasser hat gefunden, daß sämtliche käufliche Lösungen von chinesischer Tusche, die er zu untersuchen Gelegenheit hatte, zahllose Bakterien, sogar spirillenförmige enthielten. Er verwendet daher seitdem nur trockene Tusche in Substanz und stellt sich die nötige Lösung jedesmal frisch mit einigen Tropfen sterilen Wassers her. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Lebensfähigkeit der Spirochaeta pallida in diffusem Licht bei Zimmertemperatur, von Hans Zinsser und J. Gardner Hopkins-New York. (J. Am. m. Assoc., 6. Juni 1914.) Die von den Verfassern angestellten Versuche zeigen, daß die Spirochaeta pallida in feuchtem Medium bei diffusem Licht und bei Zimmertemperatur $11^1/_2$ Stunden lebensfähig bleibt. Wird sie trocken gehalten, so geht sie eher, schon nach einer Stunde, zugrunde. Die Ergebnisse dieser Laboratoriumsversuche können natürlich nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse des täglichen Lebens übertragen werden; sie können jedoch immerhin Richtpunkte zur Vermeidung von Infektionen abgeben. H. Fendt-Wiesbaden.

Neue Methode zur Färbung der Syphilisspirochäte, von P. del Rio y Hortega. (Rev. clin. Madrid, 30. Juli 1914.) Verfasser empfiehlt folgendes Verfahren: zehn Minuten in absolutem Alkohol; Bedeckung des Abstriches mit einem Tropfen gesättigter Tanninlösung und Erhitzen bis zur Dampfbildung. Beseitigung des Tannins und zwei- bis dreimalige Aufträufelung einer ammoniakalischen Silberlösung. Eine Minute in 20%iger Formollösung. Waschen im fließenden Wasser. Absoluter Alkohol. Kanadabalsam. Die Spirochäten erscheinen dann tiefschwarz auf rötlichem Grunde. Der Abstrich muß mit einem Deckglas bedeckt werden, da er sonst durch das Zedernöl entfärbt wird. R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Stellung der Spirochäten im System, von Meirowsky-Köln a. Rh. (M. m. W., 1914, Nr. 11.) Als Resultat seiner eingehenden, an der Hand von zahlreichen Abbildungen in ihren Hauptmomenten wiedergegebenen Untersuchungen kommt M. zu dem Schluß, daß alle Versuche, an der Spirochäte eine den Trypanosomen analoge Struktur aufzufinden, gescheitert sind, daß dagegen der Nachweis echter Verzweigungen an Kultur- und Gewebsspirochäten mit Sicherheit auf ihre pflanzliche Natur hinweist. Diese Verzweigungen sind nach M.s Darlegung derartig, daß die Möglichkeit, es könne sich um zufällige Anlagerungen handeln, vollständig ausgeschlossen erscheint. Auch die Einwendung, daß es sich um sog. plasmolytische Erscheinungen oder auch um degenerative Vorgänge handle, weist Verfasser mit verschiedenen Gründen zurück. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Isolierung der Spirochaeta pallida aus dem Blute Syphiliskranker, von Harry F. Hartwell-Boston. (J. Am. m. Assoc., 11. Juli 1914.) Hartwell injizierte in 24 Fällen defibriniertes Blut von Syphiliskranken in Kaninchenhoden; in zehn Fällen erhielt er ein positives Resultat: knotige Veränderungen traten auf und Spirochaetae pallidae wurden nachgewiesen. Von sieben Fällen mit primärer Syphilis gaben drei, von 17 Sekundärfällen gaben sieben ein positives Resultat. Hiermit ist bewiesen, daß die Syphilis eine chronische Septikämie ist, und daß das Blut schon infiziert ist, bevor Hauterscheinungen auftreten. H. Fendt-Wiesbaden.

Digitized by Google

Über die Kultur der Spirochaeta pallida, von Sowade-Halle a. S. (M. Kl., 1914, Nr. 4.) Sowade gibt, ausgehend von den ersten erfolgreichen Züchtungsversuchen der Spirochaeta pallida durch Schereschewsky, einen historischen Überblick über die bisher gewonnenen Resultate. Die Aufzählung und Beschreibung der einzelnen Methoden ist eine zu detaillierte, um dieselben im Rahmen eines Referates unterbringen zu können. Es wird jeder, der sich mit diesem immer noch mühevollen Studium befaßt, genötigt sein, die Originalarbeiten nachzulesen. O. Lasch-Breslau.

Reinzüchtung der Spirochaeta pallida, von A. Kissmeyer. (Hospitalstielende, 1914, Nr. 41.) Verfasser hat sechs Originalkulturen von Primärgeschwüren und hypertrophischen Papeln angelegt; in den fünf ersten Fällen nur auf Aszitesagar, im letzten Fall auch auf halbstarrem Pferdeserum, jedesmal 10—15 Kulturen. Bei weiterer Züchtung zeigte es sich, daß Spirochäten in Gemengekulturen von Schereschewsky-Substrat weit besser auf Aszitesagar weiterwuchsen, als die in diesem Substrat vom Anfang ab ausgesäten. In diesem Fall, in welchem es gelang, einen Stamm von Spirochaeta pallida in fünf Generationen reinzuzüchten, fanden sich im Schereschewsky-Substrat ca. eine Woche nach der Aussaat in allen Gläsern reichliche Mengen von Spirochäten. Die typischen Spirochätenkolonien zeigten sich drei bis sechs Tage nach der Aussaat und durchwuchsen das Substrat in ca. zehn Tagen, indem sie nach aufwärts mit einer scharfen Grenze ca. 2 cm unter der Oberfläche enden und gleichfalls ein paar Zentimeter oberhalb des Bodens des Glases. Dieser Stamm ist später in mehreren Generationen weitergezüchtet worden. Er wächst ebenso, aber etwas langsamer und spärlicher, auf dem Hoffmannschen Pferdeserumagar; in späteren Generationen dagegen vorzüglich auf Aszitesagar ohne Gewebsstückchen. Sie wachsen nicht auf gewöhnlichem Agar. Die Züchtung auf fließendem Substrat ist in der letzten Zeit in Aszitesbouillon gelungen (gleiche Teile Aszites und Kalbsbouillon). Die Reinkulturen sind geruchlos; im Dunkelfeld sieht man die Spirochäten in Agarmassen dicht zusammengefilzt von unregelmäßiger Form; aus den Agarmassen ausgepreßt, gewinnen sie die typische Spirochaeta pallida-Form wieder, und es gibt Exemplare sowohl mit sehr wenigen wie mit sehr vielen Windungen (bis 60). In Giemsa-Präparaten färben sie sich mehr bläulich als die Gewebsspirochäten. Eine Überimpfung auf Tiere (Affen, Kaninchen) ist nicht gelungen. W. Holland-Christiania.

Hauptcharaktere des Streptobacillus pellagrae als Anleitung zu seiner Identifizierung, von Guido Tizzoni-Bologna und Giovanni de Angelis. (Zbl. f. Bakt., Juni 1914, Bd. 74, H. 3/4.) Der Streptobacillus pellagrae unterscheidet sich in seiner Streptokokkenform von dem gemeinen Streptokokkus des Menschen dadurch, daß er durch die Carnot-Garnierschen Röhren hindurchgeht, was nie bei dem Streptokokkus des Menschen und des Pferdes der Fall ist; daß er in einigen Entwicklungsphasen und unter noch zu bestimmenden Bedingungen entschieden bazilläre Formen darbietet, die weder auf Degeneration, noch auf Involution beruhen; daß die untere Temperaturgrenze für sein Wachstum höher liegt als bei dem gemeinen Streptokokkus; daß er sich mit der Gramschen Methode nicht färbt; daß er streng hämophil ist; daß er die Milch rascher gerinnen macht, dort die Kolonien des Streptobazillus der Pellagra in Agar und Gelatine verschieden von denen des Streptobazillus des Menschen sind; endlich dadurch, daß die Kulturen des Streptobacillus pellagrae einige Male tiefgehende Modifikationen erleiden, indem sie aus der Streptokokkenform in die Staphylokokkenform übergehen. Der Typus B zeigt ein dem Staphylokokkus sehr ähnliches Aussehen und unterscheidet sich vom oben beschriebenen Typus A durch folgende Charaktere: konstante Staphylokokkenform ohne etwaige Anwesenheit von bazillären Figuren, schnelle, abundante Entwicklung der Kulturen in Gelatine auch bei 22° C., behält die Farbe mit der Gramschen Methode, nicht

Digitized by Google

streng hämophiler Charakter, mäßiggradige Hämolyse mit leichter Verfärbung des Hämoglobins, amphotere Reaktion der Bouillonkulturen mit starker Reduktion der Alkaleszenz des Mediums, Koagulation der Milch, zuweilen unvollständig und spät einsetzend, so daß ein bald kompaktes, bald gelatinöses, bald flockiges Gerinnsel mit sukzessivem Absetzen und Trennung von der Molke entsteht; mäßige Entwicklung auf Kartoffeln in Form eines dünnen, trockenen, glänzenden Schleiers von weißer oder gelblicher Farbe, der zuweilen fein getüpfelt und wie staubförmig aussieht; reichliche Entwicklung auf Agar mit Bildung eines großen, glänzenden Belages, der sekundär dicker wird, in der Mehrzahl der Fälle Verflüssigung der Gelatine; Beständigung der mikroskopischen und kulturellen Form. Es handelt sich hier nicht um einen Übergang von der Gattung Streptokokkus zu der Gattung Mikrokokkus, sondern um eine einfache Umwandlung einer Kultur vom Typus A, wodurch diese durch die verschiedene Weise der Gruppierung der Keime nur nach der mikroskopischen Seite hin das Aussehen des Staphylokokkus annimmt, während die Grundcharaktere des Ausgangsstreptokokkus unverändert bleiben und nur die Eigenschaft erwerben, Gram zu behalten und die Gelatine zu verflüssigen, indem sie sich dann dem Staphylococcus fluidicans nähern. W. Chrzelitzer-Posen.

Untersuchungen über den Smegmabazillus, von G. E. Brereton und K. W. Smith-Madison. (Am. J. m. sc., Aug. 1914.) Aus einer Untersuchung von 127 Insassen der Staatsirrenanstalt und von 20 weiteren gesunden Männern entnehmen Verfasser, daß der Smegmabazillus sich bei etwa 65% aller Männer vorfindet. Die beste Färbungsmethode ist ihrer Erfahrung nach die mit Karbolfuchsin und nachfolgender Entfärbung mit H_2SO_4 ohne weitere Gegenfärbung. Ihre mit verschiedenen Medien ausgeführten Kulturversuche bei 42 Fällen ergaben keine definitiven Resultate. Die Untersuchung des Urins auf Tuberkelbazillen bei 33 Fällen ergab, daß die Gefahr der Verunreinigung des Urins durch Smegmabazillen wirksam vermieden werden kann durch gründliche Reinigung der Genitalia und Verwendung des Katheters zur Entnahme der zu untersuchenden Proben. A. Philippi-Salzschlirf.

Eine neue Trichophytonart mit faviformer Kultur, von J. Brault und A. Viguier. (Semaine méd., 1914, Nr. 29 und Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 25.) Verfasser sahen bei zwei algerischen Kindern typisches Kerion, das durch eine bisher unbekannte Form des Trichophyton bedingt war. Die Kultur sah der des Favus ähnlich. Wegen des üppigen Wachstums schlagen die Verfasser den Namen Trichophyton luxurians vor. R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zum Studium der afrikanischen Pilzerkrankungen, Trichophyton sudanense, von Charles Joyeux. (Arch. de Parasitol., 1914, Bd. 16, H. 3.) Beschreibung eines im Hochlande des Sudans vorkommenden Pilzes, Trichophyton sudanense, einer neuen, morphologisch dem Trichophyton crateriforme sehr ähnlichen Varietät der Endothrixgruppe. W. Lutz-Basel.

Produktion von Antikörpern bei Versuchstieren durch Rhinosklerombazillen, von Rodolfo Stanziale. (Riforma med., 1914, Nr. 12.) Verfasser hat von einem Patienten mit typischem Rhinosklerom reichlichst Frischsche Bazillen kultivieren können. Die mit Kaninchen angestellten Versuche ergaben, daß die Bazillen für die Tiere hochvirulent sein und den Tod durch Septikämie bedingen können. Wenn man Kaninchen Bazillen in steigender Menge injiziert, so erlangen jene Immunität; doch gelang es nicht, spezifische Antikörper im Blutserum nachzuweisen. R. Frühwald-Leipzig.

Widerstandsfähigkeit des Gonokokkus gegen Temperaturen von 45° und 50°. Direkte Wirkung der Diathermieströme, von Carlos Santos jun. (Arquivos

Digitized by Google

do instit. bact. Camera Pestana, Bd. 4. H. 2.) Verfasser hat Kapillarröhrchen mit frischem Trippereiter im Wasserbade durch verschieden lange Zeit verschiedenen Temperaturen ausgesetzt und dann durch die Kultur die Lebensfähigkeit der Gonokokken untersucht. Es zeigte sich dann, daß diese durch Temperaturen von 44,5—45° in 45 Minuten, von 49,5—50° in 5 Minuten längstens abgetötet wurden. Dann hat Verfasser durch eine Versuchsanordnung den normalen möglichst ähnliche Verhältnisse geschaffen. Eine Elektrode wurde in einem Gelatinenährboden versenkt, Trippereiter in ihre unmittelbare Nähe gebracht. Dann wurden Hochfrequenzströme durch den Nährboden geschickt, die die Gonokokken direkt treffen mußten, und schließlich wieder mit dem Kulturverfahren nachgeprüft. Es zeigte sich, daß die Gonokokken in denselben Zeiten und bei denselben Temperaturen wie im Wasserbade abgetötet wurden. Es geht daraus hervor, daß die Wirkung der Hochfrequenzströme lediglich Wärmewirkung ist. Verfasser bespricht dann die Verwertbarkeit der Diathermie für die Tripperbehandlung; er ist der Ansicht, daß die bisherigen Mißerfolge durch zu kurze Sitzungsdauer bedingt sind. Je empfindlicher eine Harnröhre gegen Hitze ist, desto länger muß die Sitzung dauern. Verfasser wendet Temperaturen von 45—47° an und bemißt die Dauer der Sitzung auf meistens eine Stunde; auf diese Weise hat er gute Erfolge erzielt.

R. Frühwald-Leipzig.

Ein Verfahren zur Umgehung der Schwierigkeiten der Verpflanzung bei Gonokokkenkulturen, von A. P. Ohlmacher-Detroit. (J. Am. m. Assoc., 13. Febr. 1915). Verfasser verfährt folgendermaßen: Nachdem auf Aszitesagar eine oder einige Subkulturen erzielt worden sind, wird als Nährmedium die Löfflersche Blutserummischung mit Bouillon, vorschriftsmäßig neutralisiert, genommen. Man impft aber nicht auf den festen Nährboden, sondern in das Kondensationswasser. Sollte kein Kondensationswasser gerade vorhanden sein, so ersetzt man es durch Bouillon, wie solche sonst im Gebrauch ist. Nach etwa 48 Stunden sieht man bei den mit Gummikappen gut verschlossenen Röhrchen einen glänzenden Streifen auf der Flüssigkeit, welcher im Laufe von etwa 8—14 Tagen sich auch über den festen Teil des Nährmediums auswächst.

A. Philippi-Salzschlirf.

Hygiene.

Vorschläge, betreffend die Bekämpfung der venerischen und einiger parasitärer Hautkrankheiten im Heere, von Otto Sachs-Wien. (W. kl. W., 1914, S. 1640.) Die Vorschläge beziehen sich einmal auf die Friedenszeit: Belehrungen, Einrichtung von Krankenabteilungen, sorgfältige Auswahl der ambulanten und klinischen Fälle. Im Kriege ist gleichfalls die Belehrung wichtig, weiterhin die Verstopfung der Infektionsquellen, Überwachung der Prostituierten, Verhinderung des Besuches von Wirtschaften usw. Der Abtransport der venerisch Infizierten hat von den gleichen Gesichtspunkten wie bei Verwundeten überhaupt zu erfolgen, indem man zwischen Leicht- und Schwerkranken unterscheidet. Spitalsbedürftig sind Fälle von blennorrhoischer Epididymitis, Zystitis, Prostatitis, Arthritis, Bubonen, frische Lues und schwere Rezidive, während Ulcera mollia, leichtere Lues recidiva usw. in ein Feldmarodenhaus oder Reservespital gebracht werden.

H. Vörner-Leipzig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

21. August 1915 | Nr. 34 | Band 61

Aus der Nervenstation des Reservelazaretts Allg. Krankenhaus Hamburg-Barmbeck
(Leiter: Dr. E. Trömner.)

Kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen.

Von

A. V. Knack.

(Mit 2 Abbildungen.)

Die Alopezie auf traumatischer Grundlage hat im letzten Jahrzehnt eine reiche Kasuistik gefunden. Schwere und leichte Traumen, die den Schädel treffen, mit und ohne Bewußtlosigkeit einhergehend, können vorübergehenden oder dauernden Haarausfall auslösen. Die Alopezie kann herdförmig auf die Stelle des Traumas oder die engere Umgebung einer eventuellen Narbe begrenzt sein, sie kann aber auch in größerer Ausdehnung die Kopfhaut befallen, ja zu totaler Kahlheit führen. Bayet, Chajes, Martino, Palm, Sprecher, Wechselmann u. a. haben einschlägige Fälle veröffentlicht.

Aber auch Traumen, die nicht den Schädel selbst treffen, können zur Alopezie führen. Fouquet sah Alopezie auftreten nach Oberarmfraktur, Frank nach Brustquetschung mit Rippen- und Sternalfraktur, wir selbst beobachteten jüngst einen Fall von schwerer Oberschenkelschußverletzung mit nachfolgender Alopecia areata am Hinterhaupt. Auch operative Eingriffe wie Halsoperationen können nach Pontoppidan und Bender zu Haarausfall führen.

Der Haarausfall an der Einwirkungsstelle des Traumas selbst oder in der Umgebung der Narbe ist leicht zu erklären durch direkte mechanische Schädigung der Kopfschwarte und der in ihr liegenden Haarbälge.

Schwieriger, ja unmöglich ist es, eine Erklärung für die übrigen traumatischen Alopezien zu finden, und hier ist man über theoretische Erwägungen noch nicht hinausgekommen, da auch die histologische Untersuchung exzidierter Hautstückchen aus erkrankten Kopfregionen zwar die Folgezustände in Form der Papillenatrophie und anderes mehr zeigt, aber keineswegs einen Hinweis auf die Ursache der Erkrankung gibt.

Wechselmann meint:

„Wenn man sich vergegenwärtigt, ein wie feiner Saftstrom das Leben des Haares besorgt, wie nur wenige mit voller Lebensenergie erfüllte Zellen das Haar mit dem Körper verknüpfen, so begreift man leicht, daß auch vorübergehende vasomotorische

Digitized by Google

Störungen genügen, um das Gleichgewicht dieser den Stoffwechsel des Haares auf das feinste balanzierenden Kräfte zu stören und einen vorübergehenden oder dauernden Haarausfall zu bewirken. Das Haar ist ja überhaupt ungemein empfindlich gegen Anämie; so sieht man häufig bei Frauen Haarausfall sich anschließen an einen einmaligen stärkeren Blutverlust bei Menorrhagie, Abort, Partus. Ebenso deletär können vasomotorische Störungen, welche mit Verengerung der Kopfgefäße einhergehen, wirken. Es ist ja schon durch CLAUDE BERNARD bekannt, wie Reizungen der vasomotorischen Nerven Verengerung des Lumens der kleinen Arterien bis zum völligen Verschwinden desselben hervorrufen, und HEIDENHAIN gibt ähnliche Wirkungen bei starken sensibeln Reizen an. GOLDSCHEIDER hat genauer ausgeführt, wie ein sensibler Reizzustand Reizung der Vasomotoren und sogar Ernährungsstörungen der kontraktilen Gefäßwandelemente bewirkt. Eine derartige Unterbrechung der Zirkulation genügt aber unter Umständen, um die Ernährung des Haares so stark zu schädigen, daß es ausfällt, zumal wenn es sich um Individuen mit besonders reizbarem vasomotorischen Nervensystem handelt. Bei diesen besonders werden im Sinne GOLDSCHEIDERS Störungen in dem regulatorischen Zirkel zwischen den normalen Reizen und den Vasomotoren deutlich hervortreten."

Ob solche vorübergehenden Vasomotorenkrämpfe sogar zu schleichender Arteriosklerose der Kopfhautgefäße führen können, ist eine noch wenig begründete Vermutung.

„Die Arteriosklerose spielt bei Alopezien," schreibt WECHSELMANN, „wie schon aus dem Auftreten der Kahlheit im Alter hervorgeht, eine weitaus größere Rolle als allgemein angenommen wird. Geringe, aber dauernde Insulte des gesamten Nervenlebens, hastiges ruheloses Treiben, dauernde Gemütserregungen, welche die Entstehung der Arteriosklerose begünstigen, haben auch eine unverkennbare Bedeutung für Alopezien der verschiedensten Art. Die typische Form der männlichen Glatze, das fast ausnahmslose Verschontbleiben der Haare an der Seite und der hinteren Region des Schädels können unmöglich durch parasitäre Schädigungen, sondern nur durch Differenzen in der Blutversorgung erklärt werden.

Die Arteriosklerose kann nun aber eine sehr verschiedene Ausbreitung und Stärke aufweisen, so kann sie z. B. nur die vom Trauma betroffenen Gefäße befallen. MENDEL berichtet in der Diskussion zu dem LEERSschen Vortrag von einem Mann, der auf die linke Kopfseite fiel und nach dem Unfall dauernd über linksseitige Kopfschmerzen klagte. Bei der Untersuchung konnte MENDEL dann feststellen, daß die linke Temporalarterie deutlich hart und geschlängelt war, während sich rechts dergleichen nicht fand; er hat derartiges in zahlreichen Fällen beobachtet."

Leider kann ich durch die nun zu beschreibenden Fälle das Dunkel der Ätiologie der traumatischen Alopezie nicht lichten, im Gegenteil die Eigentümlichkeit dieser Fälle stellt uns vor neue schwierige Fragen.

Ich lasse kurz die Krankengeschichten mit einigen illustrierenden Bildern folgen.

Fall 1. P. L., Musketier, 23 Jahre, im Zivilberuf Geiger, Journ.-Nr. 1914/1322.

Am 11. XI. 1914 Gewehrschuß in die rechte Schläfengegend, fünf Minuten bewußtlos. Zunächst im Feldlazarett (Westen), aufgenommen in unserem Spitale am 29. XI., klagt über neuralgisches Reißen in der rechten oberen Gesichtshälfte.

Status: Großer, kräftig gebauter Patient in gutem Allgemeinzustande. Augen o. B. Gesichtsinnervation o. B. Am äußeren Rande der rechten Augenhöhle zwei Quer-

Digitized by Google

fingerbreit vor dem Tragus kleiner, vernarbter Einschuß. Etwas davor geringe Schwellung und Druckempfindlichkeit. Der Knochen darunter scheint etwas angeschlagen zu sein. Das Jochbein ist nicht wesentlich druckempfindlich. Sensibilität der rechten Gesichtshälfte intakt.

1. XII. Röntgenaufnahme (Oberarzt Dr. HAENISCH): Deformiertes Infanteriegeschoß frontal mit vorderer Spitze gegen das rechte Stirnbein, und zwar dicht vor der Naht mit dem Schläfenbein dorsalwärts vom Processus front. oss. zygomat. Es liegt außerhalb der Schädelkapsel, hat diese offenbar nicht verletzt. Röntgenaufnahme der linken Schädelseite ohne Ergebnis.

3. XII. In Lokalanästhesie wird das Geschoß entfernt, es liegt in einem kleinen Abszeß.

28. XII. Klagt über Kopfschmerzen in der rechten Schläfengegend, die fast ständig vorhanden sein sollen. Will auf der rechten Seite nicht schlafen können. Seit einigen Tagen bemerkt Patient, daß ihm die Haare in der linken Scheitelbeingegend ausfallen. Druckschmerzhaftigkeit der Gegend der Schußverletzung. Diffuse Lichtung der Haare in etwa handflächengroßer Ausdehnung in der linken Parietalgegend. Ganz geringe Hyperästhesie für Schmerz und Kälte auf dem Tuber oss. pariet. sin. Augen o. B. Sonst somatisch Steigerung der Sehnen- und Periostreflexe, geringe Dermographie.

6. I. Noch viel Kopfschmerzen. Haarausfall schreitet fort. Man bemerkt am Tuber parietale der linken Seite eine fast ganz kahle handtellergroße Partie, die umgeben ist von einer breiten Zone mehr kleinfleckiger Haardefekte, die ihrerseits nach oben und hinten etwa querfingerbreit bis an die Sagittallinie herangehen, vorn etwa am Tragus abschneiden, und sich nach unten ohne scharfe Grenze verlieren.

10. II. Auf Wunsch entlassen. Kopfschmerzen rechts bestehen noch in geringerer Heftigkeit. Bild der linksseitigen Alopezie unverändert. Blutuntersuchung nach WASSERMANN —. Bakteriologische Untersuchung der Haarbälge negativ.

Dieser Fall wurde am 13. IV. von mir im hiesigen ärztlichen Verein neben anderen Alopezien besprochen. Leider wurde eine photographische Aufnahme verabsäumt.

Fall 2. K. St., Musketier, 21 Jahre, im Zivilberuf Kaufmann, Journ.-Nr. 1915/2775.

16. II. 1915. Gewehrschußverletzung an der rechten Schädelseite. Einen Tag bewußtlos. Fast in der Mitte der Sagittallinie Einschußöffnung, über den unteren Partien des Os parietale eine $3^1/_2$ cm lange, 1 cm tiefe Ausschußwunde. Geringe Sekretion.

6. III. Eitrige Sekretion der Wunde.

10. III. 39,5°. Kopfschmerzen. Spaltung des Wundkanals bis auf den Knochen. Tabula ext. und Diploe zersplittert, zwischen den Lamellen Eiter. Entfernung der Knochensplitter. Die Tabula int. ist intakt.

15. III. Fieberfrei. Wohlbefinden.

8. IV. Schwindel. Neurolog. Untersuchung ergibt Herabsetzung des stereognostischen Sinnes der linken Hand bei sonst ungestörter motorischer und sensibler Funktion.

5. V. Bei uns aufgenommen.

Status: Magerer, blasser, mittelgroßer Mann. Tiefeingezogene, noch etwas sezernierende Narbe von der Mitte der Sagittallinie in der Richtung gegen den rechten Warzenfortsatz ziehend, 6 cm lang. Leichte Spannung im linken Arm. Reflexe lebhaft, Fingerphänomen schwach vorhanden. Dynamometer rechts 120, links 60. Schulter- und Armbewegungen links etwas schwächer. Leichte handschuhförmige Hypästhesie für alle Qualitäten an beiden Vorderarmen und Händen. Völlige Aufhebung der Stereognose und ataktische Störung in der linken Hand. Leichte Spannung im linken Bein. Patellarklonus, kurzer Fußklonus. BABINSKY schwach. Wadenphänomen schwach, sonst Reflexe o. B. Augenbefund: in jeder Beziehung völlig normal. Röntgenaufnahme des Schädels

Digitized by Google

(Oberarzt Dr. Haenisch): Impression eines Splitters der Tabula int. rechts mit Defekt. An der linken Schädelkapsel kein Befund.

20. V. Patient bemerkt, daß ihm auf der linken Kopfseite die Haare ausfallen. Er selbst hat außer den stereognostischen Störungen der linken Hand zur Zeit weiter keinerlei Beschwerden. Fig 1 zeigt das Krankheitsbild am 25. V. Man bemerkt auf der linken Temporal- und Parietalgegend einen kleinfleckigen Haarausfall. Die Kopfhaut zeigt in Ausdehnung des Haarausfalls eine ganz leichte Hypästhesie für Schmerz und Kälte. Der Pfeil deutet auf den Sitz der auf der rechten Schädelseite liegenden Schußnarbe. Wassermann —. Bakteriol. Untersuchung o. B.

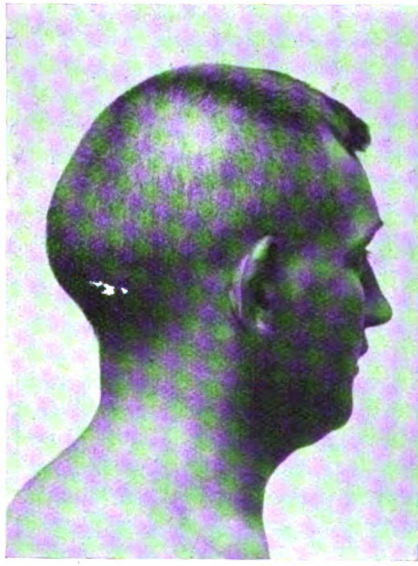


Fig. 1.

Fig. 2.

Fall 3. H. G., 25 Jahre, Musketier, im Zivilberuf Maurer, Journ.-Nr. 1915/2757.

18. XI. Kopfschuß links. Soll vier Tage bewußtlos gewesen sein. Einschuß dicht unter dem linken Tuber parietale. Verlust der Sprache, Unfähigkeit zu lesen und zu schreiben.

30. XI. konnte er bereits wieder etwas sprechen, Silbenstottern, seinen Namen mühsam schreiben, an den Fingern rechnen.

7. XII. ist ein geringer Prolaps an der Schädelwunde notiert, der sich

28. I. 1915 zurückgebildet hatte. Die Narbe pulsierte.

10. II. ins Revier geschickt.

2. III. wegen starker dauernder Kopfschmerzen besonders im linken Hinterkopf wieder ins Lazarett. Schädel sehr klopfschmerzhaft. Sprechen schleppend und langsam, zum Teil stockend. Beim Lesen gelingt es ihm, mit Mühe die einzelnen Buchstaben herauszubekommen (verwechselt sie aber oft), die Buchstaben zu Wörtern zusammenzusetzen.

5. V. bei uns aufgenommen.

Status: Mittelkräftiger Mann in gutem körperlichen Allgemeinzustand. Pulsierende

Digitized by Google

quergestellte 2 cm lange Narbe dicht unter dem linken Tuber parietale. Schwer besinnlich. Spricht nur zwei Zahlen oder zwei Silben nach. Schreibt nur Namen. Benennung nur der gebräuchlichsten Dinge richtig, aber nach längerer Besinnung. Heraussuchen von Gegenständen richtig, aber verlangsamt. Stehen auf einem Bein etwas unsicher. Andeutung von Nystagmus. Plantarreflex rechts schwächer. Wadenphänomen rechts positiv.

Augenuntersuchung (Oberarzt Dr. HANSSEN): Rechte Pupille etwas weiter als die linke und träger reagierend. Zweifelhafte Abblassung der temporalen Papillenhälften wenigstens auf dem rechten Auge. Sehschärfe und Akkommodation normal. Rechtsseitige Farbenhemianopsie, die Trennungslinie geht genau durch die Makula.

20. V. Dauernd Kopfschmerzen.

Röntgenaufnahme (Oberarzt Dr. HAENISCH): Schädeldefekt im linken Os parietale mit Knochensplittern. Geschoßteile liegen dem Schädelknochen neben dem Defekt außen an. Zahlreiche Geschoßsplitter haben das Gehirn durchflogen und sind im Os occipitale, etwa auf der Höhe der Lambdanaht steckengeblieben, ein größerer Splitter hat den Knochen durchschlagen und ragt in die Kopfschwarte hindurch. Mehrere kleine Splitter im Gehirn. Ziemlich auf dem Scheitel seitlich neben dem Schädeldefekt eine fissurverdächtige Stelle. Im rechten Os parietale kein pathologischer Knochenbefund.

10. VI. bemerkt Patient starken Haarausfall auf der rechten Schädelseite. Man kann am Tuber parietale und etwa in handflächengroßer Umgebung desselben die Haare ohne Schmerz leichthin büschelförmig ausrupfen. Links, auch in dichter Umgebung der Narbe, sitzen die Haare fest.

16. VI. Die Haare fallen weiter aus, so daß das rechte Tuber parietale in fünfmarkstückgroßer Ausdehnung fast kahl ist. Wie aus der beigegebenen Fig. 2 ersichtlich, besteht in der weiteren Umgebung eine stärkere Lichtung der Haare. In Ausdehnung des Haarausfalls deutliche Hypästhesie für Kälte und Schmerz. WASSERMANN —. Bakteriologische Untersuchung o. B.

Kurz zusammenfassend handelte es sich also in Fall 1 um eine Gewehrschußverletzung der rechten unteren Stirngegend ohne Verletzung des knöchernen Schädels. Der Mann war fünf Minuten bewußtlos, hatte auch nach Entfernung des Geschosses dauernd Kopfbeschwerden. Sechs Wochen nach der Verletzung tritt auf der entgegengesetzten Kopfseite eine ziemlich ausgedehnte Alopezie ein, die in der linken Scheitelbeingegend beginnt und im Verlauf der nächsten Wochen langsam nach vorn, aufwärts, hinten und abwärts fortschreitet, ohne daß auf der rechten Kopfseite auch nur die geringsten Spuren von Haarausfall zu entdecken sind. Neurologisch fand sich eine geringe Hyperästhesie der erkrankten Kopfhaut. Der übrige körperliche Befund ergab außer erhöhter nervöser Erregbarkeit nichts Besonderes.

In Fall 2 lag eine Gewehrschußverletzung des oberen rechten Schädeldaches, etwa entsprechend dem oberen Drittel der hinteren Zentralwindung, vor. Knochendefekt mit Splitterimpression. Ein Tag Bewußtlosigkeit. Leichte spastische Schwäche im linken Arm, Astereognosis und Ataxie der linken Hand, leichte spastische Erscheinungen mit pathologischen Reflexphänomenen im linken Bein. 13 Wochen nach der Verletzung mäßig

Digitized by Google

starke fleckförmige Alopezie auf der linken Temporal- und Parietalgegend mit leichter Hypästhesie der beteiligten Kopfhaut.

Fall 3 war eine Gewehrschußverletzung der linken unteren Parietalgegend mit Knochendefekt, Knochensplittern und Fissurbildung. Einsprengung von Geschoßresten in die linke Okzipitalgegend. Vier Tage bewußtlos. Aphasie, Alexie, Agraphie, Agnosie, anfangs total, dann langsam zurückgehend. Leichte spastische Erscheinungen im rechten Bein mit pathologischen Reflexphänomenen. Dauernd Kopfschmerzen. Rechte Pupille weiter und träger reagierend. Rechtsseitige Farbenhemianopsie. Etwa sechs Monate nach der Verletzung diffuse Alopezie auf der rechten Parietalgegend mit leichter Hypästhesie im Bereich der affizierten Kopfhautpartie.

Bei diesen drei Fällen ist bemerkenswert 1. die kontralaterale Lokalisation des Haarausfalles, 2. die Latenzzeit zwischen Trauma und Auftreten der Alopezie: 6 Wochen, $^1/_4$ Jahr, $^1/_2$ Jahr, 3. die bei Ausschluß anderer Ursachen sichere traumatisch-neurotische Grundlage des Leidens.

Zunächst müssen wir uns mit Punkt 3 befassen, denn bei der seltenen und eigentümlichen Lokalisation und der bei Fall 2 und 3 erheblichen zeitlichen Distanz muß man jede andere als traumatische Entstehungsursache wenigstens in Frage ziehen. Die erste Möglichkeit wäre die, daß die Patienten wegen der Verletzung der einen Schädelseite hauptsächlich, wenn nicht dauernd, auf der entgegengesetzten Kopfseite gelegen hätten und so die Schädigung der Behaarung dieser Seite eingetreten sei.

Dagegen spricht die Erfahrungstatsache, daß Schädelverletzte meist nicht auf der Seite, sondern auf dem Rücken liegen, wir selbst hatten noch jüngst Gelegenheit, in diesem Sinne einen großen Transport von Kopfschüssen, darunter meist einseitige Verletzungen, zu beobachten; es war eine Seltenheit, daß einmal einer auf der dem Trauma entgegengesetzten Seite lag. Dagegen spricht vor allem die Angabe der Patienten selbst, die zuverlässig versichern, nicht auf der dem Trauma gegenüberliegenden Seite gelegen zu haben.

Dagegen spricht auch das späte Auftreten der Alopezie in Fall 2 und 3 zu einer Zeit, da die eigentliche Verletzung längst abgeheilt war und keinerlei Verband mehr getragen wurde. Ob überhaupt bei Erwachsenen Alopezie lediglich durch dauerndes Lagern auf einer Schädelseite auftreten kann, ohne Mitwirkung eines schwer marantischen Allgemeinzustandes auf infektiös-toxischer oder dystrophischer Grundlage, darüber fehlen mir die Erfahrung und in der Literatur die Angaben.

Die zweite Möglichkeit, eine eventuelle infektiöse Ätiologie, suchten wir, sowenig Aussicht auch derartige Untersuchungen nach der bisherigen Erfahrung bieten, durch Kulturversuche auf Zuckernährböden auszu-

Digitized by Google

schließen. Es gelang in keinem Falle Pilze zu züchten. Auch Lues war in allen Fällen nach dem negativen Ausfall der Blutreaktion auszuschließen. In dubio müssen wir also die traumatisch-neurotische Entstehungsursache für unsere drei Fälle gelten lassen, und damit verlieren wir uns ins Theoretische.

Möglich wäre, daß durch eine Art Contrecoup die der Einwirkungsstelle des Traumas gegenüberliegende Kopfhaut gedehnt worden wäre, und daß in dieser, wenn auch nur vorübergehenden Dehnung die initiale Schädigung des Haarbodens zu suchen sei. Aber sowohl klinisch wie röntgenoskopisch fand sich kein Anhalt für eine Contrecoupläsion des knöchernen Schädels, ohne die eine irgendwie nennenswerte Dehnung der Kopfschwarte aus rein physikalischen Gründen nicht denkbar ist.

Möglich wäre auch, daß es sich um Schädigung von Rindenzentren trophischer oder sympathischer Bahnen durch das Trauma handelte, die dann den Haarausfall der gegenüberliegenden Seite bedingte. Dafür spricht das gleichzeitige Bestehen spastischer Symptome der gegenüberliegenden Extremitäten in Fall 2 und 3, dafür spricht die leichte sensible Störung der affizierten Kopfhautpartie in allen drei Fällen. Dafür spricht auch die nicht allzu seltene Beobachtung trophischer Störungen der gegenüberliegenden Körperhälfte bei zerebralen Herden, Apoplexien, Erweichungen, zerebraler Kinderlähmung.

Bei dem Fehlen zuverlässiger normalanatomischer Angaben über trophische und sympathische Bahnen und Zentren sind weitere theoretische Erörterungen kaum ratsam.

Ungeklärt muß auch die Frage der zeitlichen Beziehung des Auftretens der Alopezie zum Trauma bleiben. Die lange Latenzzeit von $^1/_4$ und $^1/_2$ Jahr in Fall 2 und 3 mahnt daran, daß vielleicht ein nur ganz schleichend fortschreitender Prozeß im Haarboden sich abspielt, welcher Art, läßt sich nicht sagen.

Vielleicht gelingt es, durch Beoabachtung weiterer ähnlicher Fälle mehr Klarheit zu schaffen.

Literatur:

BAYET, Derm. Zschr., 1901, 379. — BENDER, Derm. Zbl., 1899. — CHAJES, Berl. derm. Gesellsch., 14. VI. 1910. — FOUQUET, Bull. de la soc. franç. de derm., 1912. — FRANK, Berl. derm. Vereinig., 14. VII. 1914. — MARTINO, Giorn. ital. delle mal. vener., 1910, 583. — PALM, Berl. derm. Vereinig., 12. V. 1896. — PONTOPPIDAN, zitiert bei BENDER. — SPRECHER, Riforma med., XX, 5. — WECHSELMANN, D. m. W., 1908, 1982.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Hygiene.

Die Moralität der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Robert A. Bachmann. (New York m. J., 21. Febr. 1914.) B. bringt in seiner Eigenschaft als Marinearzt eine Reihe sehr vernünftiger Gründe für die vorbeugenden Maßnahmen gegen die Geschlechtskrankheiten vor, zumal wenn man den verheerenden Einfluß derselben in Heer und Marine kennt. Bei letzterer wird von je sieben Mann immer einer infiziert, das bedeutet 9000 neue Fälle jährlich, beim Landheere ist es ähnlich (10000 Fälle pro Jahr), so daß bei beiden zusammen innerhalb vier Jahre, wonach die Mehrzahl wieder in das Zivilleben zurücktritt, 75000 Mann geschlechtskrank werden. So wird der Militärdienst der Brutplatz dieser Krankheiten, und diese Zahlen der Vereinigten Staaten überragten weit die der europäischen Länder. Im Zivilleben seien die Verhältnisse ebenso schlimm, die jährliche Ziffer der Geschlechtskranken von New York (Stadt) wird z. B. auf 250000 geschätzt. Ohne die Bedeutung der erzieherischen Maßnahmen in prophylaktischer Hinsicht unterschätzen zu wollen, möchte dieselben Verfasser vielmehr Hand in Hand mit der praktischen Prophylaxe angewendet wissen. Metschnikoffs Experimente, welche beweisen, daß Syphilis durch Anwendung einer Kalomelsalbe verhütet werden kann, sind für ihn von vielleicht noch größerer Bedeutung als Ehrlichs Erfindung, und wirkliche Vernunft sollte einer möglichst ausgedehnten Verbreitung der prophylaktischen Anwendung der Kalomelsalbe das Wort reden, wie denn auch in einzelnen amerikanischen Städten schon von seiten der Sanitätsbehörden den Bordellinhabern die Anschaffung der „Vorbeugungstuben" zur Pflicht gemacht worden ist. Entgegen den abolitionistischen Utopien muß die künftige Prophylaxe sich in diesem Sinne entwickeln, natürlich in Zusammenhang und Verein mit allen anderen erzieherischen und hygienischen Maßnahmen. M. Stern-München.

Der Kampf gegen die venerischen Krankheiten. Belehrungen für Frauen leichten Lebenswandels, von Titu Jonescu-Braila. (1915.) Die populären Werke, die sich mit der Prophylaxis der geschlechtlichen Krankheiten befassen, wenden sich meist nur an das männliche Geschlecht. Der Versuch des Verfassers, auch die altera pars, die Prostituierte, die doch die Hauptverbreiterin dieser Krankheiten ist, über Wesen und Verhütung derselben in leicht verständlicher Weise zu belehren, ist daher als sehr nutzbringend zu begrüßen. Es ist ja bekannt, daß sowohl geheime als auch öffentliche Prostituierte sich dem Erstbesten hingeben, ohne sich jemals darum zu kümmern, ob derselbe geschlechtlich gesund oder krank ist, ferner, daß dieselben die stetige Tendenz haben, der ärztlichen Kontrolle und Behandlung aus dem Wege zu gehen. Verfasser stellt nun das Prinzip auf, daß keine Prostituierte den geschlechtlichen Verkehr gestatten soll, bevor sie sich nicht durch Augenschein davon überzeugt hat, daß der betreffende Mann geschlechtlich gesund ist, ferner, daß dieselbe, sowie sie irgend etwas Krankhaftes an ihrem Körper bemerkt, so rasch als möglich in ärztliche Behandlung treten soll. Das Büchlein enthält auch noch weitere nützliche Belehrungen über körperliche Pflege und sonstige Hygiene. E. Toff-Braila.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Fr. Wolff-Gießen. (Fortschr. d. M., 1914, Bd. 32, Nr. 12.) Die vorliegende Arbeit zerfällt in zwei Teile; im ersten Teil spricht der Verfasser allgemein über die Prostitution und die Frage der Kasernierung und Kontrolle und über die Vorschläge der Abolitionisten. Er macht für diesen

Digitized by Google

Abschnitt resumierend seinen Standpunkt wie folgt geltend: 1. Die Kasernierung und die freie Prostitution bleibe bestehen, doch ist die erstere vorzuziehen und dort, wo möglich, einzurichten; dabei seien die Zimmer der Bordelle sanitär besser als bisher einzurichten, die Besucher durch geeignete Anschläge in den Zimmern auf die Gefahren aufmerksam zu machen und den puellae publicae die als wirksam erprobten Schutzmittel zum Verkauf an die „Kundschaft" zu überlassen, und endlich muß der Alkoholausschank in den Bordellen verboten werden. 2. Sollen alle Prostituierten der Kontrolle unterstellt und möglichst täglich ärztlich eingehend (zeitweise auch serodiagnostisch) untersucht werden. 3. Mädchenhandel und Zuhältertum sind auszurotten, Animierkneipen usw. strenger zu überwachen; endlich ist eine stationäre, wenn nötig unentgeltliche Behandlung Geschlechtskranker in menschenwürdigen Räumen und durch einen Spezialarzt unbedingtes Erfordernis. Der letzte von ihm an dieser Stelle ausgeführte Punkt, „die Bezahlung der erwerbenden Frauen aufzubessern", wird sich wohl erst mit der sozialen Frage lösen lassen. Den zweiten Abschnitt widmet Wolff der Notwendigkeit der Belehrung und Aufklärung der jungen Leute, wie das ja auch jetzt schon durch den Verein zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vielfach geschieht. Die Eltern sollen erzieherisch, der Arzt aufklärend wirken. Zum Schluß faßt Wolff seine (und wohl unsrer aller, d. Ref.) Wünsche zusammen in den drei Thesen: 1. Bessere allgemeine Ausbildung der Ärzte in der Dermatologie und Syphilidologie, 2. die Zubilligung der Dermatologie und Syphilidologie als selbständiges Prüfungsfach, 3. die weitgehendste Tätigkeit des Arztes in der persönlichen sexuellen Belehrung und Aufklärung der Jugend seiner Klientel. O. Lasch-Breslau.

Einige Probleme bei der Behandlung von venerischen Erkrankungen, von A. L. Medlroy-Glasgow. (B. m. J., 14. März 1914.) Die Auslassungen des Verfassers wenden sich hauptsächlich gegen die Mängel in der prophylaktischen Bekämpfung der venerischen Infektion. Es fehlt an Vorkehrungen für die geeignete Behandlung solcher Erkrankungen in den allgemeinen Krankenhäusern. Das Prinzip der Errichtung von Spezialhospitälern für venerische Krankheiten hat den Nachteil, daß der Besuch derselben die betreffenden Individuen leicht in ihrer sozialen Stellung und ihrem Fortkommen hindert. Die Anzeigepflicht für alle solche Fälle einzuführen, würde neben großen Vorteilen auch große Schädigungen mit sich bringen; man könnte aber sehr wohl alle Aborte und Frühgeburten anzeigepflichtig machen. Von der Reglementierung der Prostituierten ist abzusehen. A. Philippi-Salzschlirf.

Hautkrankheiten und Ehe, von R. Ledermann-Berlin. (Krankheiten und Ehe, 2. Aufl., Georg Thieme-Leipzig.) Die Beziehungen der Hautkrankheiten zu den auf die Ehe bezüglichen Vorgängen gewinnen dadurch eine besondere Bedeutung, daß sie, außer von ärztlichen oder sanitären, auch von kosmetischen Gesichtspunkten aus beurteilt werden müssen. Es gibt viele Hautleiden, die von ärztlicher Seite als ein Hinderungsgrund einer Eheschließung angesehen werden, andererseits müssen auch diejenigen Erkrankungen der Haut berücksichtigt werden, die sich in der Ehe entwickeln, wobei es nicht nur darauf ankommt, wie sie den Verlauf der Ehe beeinflussen, sondern auch, wie die Ehe auf den Verlauf dieser Krankheiten selbst wirkt. In Betracht kommen die Infektionskrankheiten, wie Lepra, Tuberkulose der Haut, Pityriasis rubra Hebra, Rhinosklerom, Dermatomykosen, Ekzem, Geschwülste, Erkrankungen, die vor allen anderen entscheidend für den Ehekonsens sein können. Es gibt aber auch Hautleiden, die das Leben bedrohen und somit von vornherein die Eingehung einer Ehe ausschließen, andererseits wieder Erkrankungen, die zunächst vom kosmetischen Standpunkt in Betracht kommen und mit ärztlicher Hilfe geheilt werden können.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Geburtenrückgang und Geschlechtskrankheiten, von A. Blaschko. (Leipzig 1914, Joh. Ambrosius Barth.) Da die Geschlechtskrankheiten und in deren Gefolge der Geburtenrückgang hauptsächlich in den Städten anzutreffen sind, so tritt der Verfasser für weit ausgedehnte, innere Kolonisation ein; Zerschlagung des Großgrundbesitzes sei ein dringendes, zeitgemäßes Erfordernis. Eine zweite Bedingung sei die Entlastung der Einzelfamilie. Nur wenn die Aufzucht des Nachwuchses nicht mehr zu einer unerschwinglichen Last für die Eltern, besonders für die Mutter wird, kann man wieder eine zunehmende Tendenz der Geburtenziffern erwarten, der Staat solle nicht allein für die Kosten des Heeres, sondern auch für die Aufzucht des Soldatennachwuchses aufkommen. Diese Forderungen würden erst den nötigen Nachdruck erhalten, wenn die Frauen in den Parlamenten erschienen. Die Ehen werden früher geschlossen werden, das Bedürfnis nach Prostitution und damit die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten werden abnehmen. Indirekt seien letztere somit eine Folge der abnormen Lebensbedingungen in den Großstädten. Peyser-Harburg.

Die Prostitution in Europa, von Douglas C. McMurtrie-New York. (M. Record, 21. Febr. 1914.) Besprechung eines eben erschienenen Buches von Abraham Flexner: Studien über Form und Ausdehnung der Prostitution in verschiedenen europäischen Städten (London, Liverpool, Birmingham, Manchester, Glasgow, Edinburg, Paris, Lyon, Rom, Brüssel, Berlin, Hamburg, Dresden, Frankfurt a. M., Köln, Stuttgart, München, Haag, Amsterdam, Rotterdam, Kopenhagen, Stockholm, Christiania, Genf, Zürich, Wien und Budapest); Beobachtungen über die Quellen, aus denen sich die Prostitution rekrutiert, über die Zustände, die Prostitution veranlassen oder vermehren, und das Vorgehen der verschiedenen Kommunen im Kampfe und zur Unterdrückung der Prostitution. W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage der Prostitution und der venerischen Krankheiten, von F. Bierhoff. (New York. m. Mschr., Bd. 24, Nr. 1.) Verfasser gibt eine Übersicht über die Prostitution in den verschiedenen Zeiten und die Verhältnisse, wie sie momentan in New York und den europäischen Großstädten bestehen; er bekennt sich als Anhänger des Reglementationsverfahrens und reproduziert Erfahrungen, die interessante Streiflichter auf die Beziehungen der New Yorker Prostitution zur Polizei daselbst werfen. Peyser-Harburg.

Die ärztliche Überwachung der Prostituierten in Paris im Jahre 1912, von L. Bulte. (Bull. soc. franç. proph. san. et mor., 1914, Nr. 3.) Verfasser gibt einen Bericht über die ärztliche Tätigkeit der Sittenpolizei. Es ist ersichtlich, daß die Syphilis bei den Kontrollmädchen etwas gestiegen ist. Dagegen ist sie bei den nicht eingeschriebenen Mädchen seltener als in früheren Jahren. Dies hat aber nicht in einer tatsächlichen Abnahme der Syphilis seinen Grund, sondern darin, daß seit 1910 nur Mädchen über 18 Jahre angehalten und auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden können. Die Jüngeren, die bekanntlich am häufigsten syphilitisch sind, können die Krankheit ungehindert verbreiten. Daher auch die Zunahme der Syphilis bei den Kontrollmädchen. R. Frühwald-Leipzig.

Soll die gesundheitliche Überwachung der Prostitution aufgehoben werden? von Julius Rosenstein-San Franzisko. (M. Record, 1914, Nr. 24.) Nichts Neues. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Zur Frage von dem Nutzen der Reglementierung der Prostituierten, von M. Müller-Metz. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Dieser Artikel führt die Nebenüberschrift: Was leistet die mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten für die allgemeine Prophylaxe der Blennorrhoe? Hierzu führt Verfasser aus, daß die von Neisser schon vor 25 Jahren festgestellte Tatsache, daß die klinische Untersuchung

Digitized by Google

der Prostituierten auf Blennorrhoe nur bei 10% der Fälle den waren Tatbestand erkennen lasse, bisher keine Widerlegung gefunden hat. In Metz hat M. die Konsequenzen daraus gezogen und seit nunmehr 16 Jahren bei allen der Untersuchung zugänglich gemachten Dirnen die Untersuchung des Zervikalsekretes auf Gonokokken durchgeführt. Durch diese Maßregel allein ist es seiner Meinung nach zu erklären, daß die Zahl der Tripperkranken der Metzer Garnison in der Zeit von 1895—1910 um 55,8% (!) sich vermindert hat, während insgesamt in der Armee der Rückgang in der gleichen Zeit nur 3,9% betrug, und das noch am günstigsten abschneidende erste Korps nur eine Verminderung von 14,3% erzielte. Ohne die gesetzlich durchgeführte Kontrolle würde allerdings, wie M. hervorhebt, sich diese Sanierung nicht haben durchführen lassen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Hautkrankheiten, von Reinhold Ledermann-Hausarzt und Julius Misch-Zahnarzt-Berlin. (Lehrb. der Grenzgeb. der M. und Zahnheilk., 1914.) Die bekannten Verfasser haben die Hautkrankheiten, welche zu der Zahnheilkunde in Beziehung stehen, in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht bearbeitet und durch ausgezeichnete Abbildungen zur Anschauung gebracht. Es besteht wohl kein Zweifel, daß manche Hautkrankheiten ihren Ausgang von primären Erkrankungen der Zähne und Kiefer nehmen, und daß umgekehrt viele Erkrankungen der Haut gleichzeitig in der Mundhöhle vorkommen; häufig bilden kariöse Zähne die Eingangspforte pathogener Mikroorganismen in den Körper. Wir wissen, daß die zerfallene Pulpa oft die primäre Lokalisation der Tuberkelbazillen im Körper darstellt, und daß von hier aus der Schleimhautlupus und die regionäre Tuberkulose der Mundschleimhaut zur Entwicklung kommt. Es kann ferner von kariösen Zähnen aus die Aktinomykose sich weiter verbreiten, es sei an die Dentition erinnert, welche im Säuglingsalter die Entstehung von Ekzemen und Strophaluserkrankungen begünstigt. Interesant ist der Zusammenhang der Alopecia areata mit Störungen und krankhaften Veränderungen des Gebisses. So bildet dieser Abschnitt eine sehr interesante und lesenswerte Studie, die viel Wissenswertes enthält. Im allgemeinen sind alle in Betracht kommenden Dermatosen kurz und doch ausreichend geschildert, und durch die von den bewährten Verfassern angehobene Therapie ist diese Arbeit ein nicht zu unterschätzendes Lehrbuch geworden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Dermatosen bei Toxämien, von Benjamin F. Ochs-New York. (M. Record, 14. Febr. 1914.) Wenn auch Ekzem nicht absolut durch toxische Zustände verursacht wird, so wird es doch stets verschlimmert durch Digestionsstörungen; besonders bei Kindern verschwinden gewisse Formen von Ekzem oft nach Kalomel ohne äußere Behandlung. Zu gleicher Zeit kann man beobachten, daß gerade die an Ekzem erkrankenden Kinder nie oder sehr selten Erbrechen haben. Daß Urtikaria häufig durch intestinale Störungen verursacht wird, ist bekannt, weniger, daß bei der gleichen Ursache einige Patienten Urtikaria bekommen, andere dagegen eine Ptomainvergiftung. Auch Akne wird häufig durch Toxämien verursacht; wenigstens sieht man nach Kaffee, Alkohol usw. oft Verschlimmerungen. Verfasser möchte alle diese „Dermatosen" als Reflexsymptome organischer Störungen betrachten.

W. Lehmann-Stettin.

Einfluß der neuen Sitten auf die Pathologie der Haut der Frau, von L. Brocq. (Bull. méd., 1914, Nr. 42.) Die moderne Frauenbewegung hat eine gewaltige Umwälzung in den Lebensgewohnheiten vieler Frauen hervorgebracht; es ist zweifelsohne, daß dadurch auch die Pathologie des Weibes Veränderungen erleiden muß. Verfasser will nun in dem vorliegenden Aufsatze untersuchen, inwieweit die Haut von den neuen

Digitized by Google

Sitten betroffen wird. Die moderne Frau widmet sich sowohl körperlichen Übungen wie geistigem Studium. Ersteres ist zweifellos zu begrüßen, da der allgemeine Zustand dadurch gehoben wird; es ist aber andererseits ein Mißstand, daß die Frauen nicht die Leibesübungen vornehmen, die ihnen zuträglich sind (Gymnastik, Spazierengehen), sondern die, die eben Sport und Mode sind. Dazu kommt, daß viele Frauen auf ihr gesellschaftliches Leben nicht verzichten wollen, so daß die Körperübungen statt zu einer Wohltat zu einer Hetzjagd mit allen ihren schädlichen Folgen wird. Durch die Betätigung an der freien Luft wird die Haut naturgemäß geschädigt, sie wird rauh, es bilden sich Sommersprossen, Teleangiektasien usw. Das sind drei kleine Übel im Vergleiche zu dem gesundheitlichen Vorteil.

Andererseits ist es mit den Schädigungen durch die geistige Betätigung. Brocq hat den entschiedenen Eindruck, daß die geistig arbeitenden Mädchen ein anderes Aussehen haben; die Brust ist hohler, die Schultern runder, das Gesicht pastös, seborrhoisch, ihre Zirkulation ist gestört. Soll diese in Ordnung sein, müssen die Füße warm, der Kopf kühl, die Verdauung geregelt sein. Jene Mädchen haben gerade das Gegenteil davon: kalte Füße, heiße Stirn und schlechte Verdauung. Daher kommt es, daß sie starke Seborrhoe des Gesichts und Akne haben. Nicht daß Brocq im Studium die Ursache der Seborrhoe sieht; aber die geistige Überanstrengung trägt zur Entwicklung vorhandener pathologischer Dispositionen bei. Wenn die Frauen nach beendetem Studium einen Beruf ergreifen, dann leidet ihr Nervensystem, und es können sich bei ihnen alle Dermatosen nervöser Ätiologie entwickeln: Urtikaria, Pruritus, Lichen simplex, Ekzem, hartnäckige tiefe Akne usw. Am bedenklichsten ist aber die stetige Steigerung der Seborrhoe, die den behaarten Kopf ergreift und zum Haarschwund führt. Brocq schließt mit einem Appell an die Frauen, auch die neuen Lebensgewohnheiten vernünftig und hygienisch zu regeln. Die Frauen sind nicht widerstandsfähiger als die Männer, und wenn sie sich dieselben Arbeitsexzesse zuschulden kommen lassen, müssen sie auch dieselben übeln Folgen tragen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Rolle des Nervensystems bei professionellen Dermatitiden, von P. Jourdanet. (Presse méd., 1914, Nr. 42.) Verfasser erörtert die bekannten von Jacquet und ihm aufgestellten Ansichten über die Ätiologie der professionellen Erkrankungen. Nicht die äußere Irritation allein verursacht das Leiden; es kommt noch ein zweites, inneres Moment hinzu. Zu diesen gehören Störungen der Verdauung feinster Natur, vor allem aber Erregungen des Nervensystems. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Frage der Stoffwechselerkrankungen, von Alfred Lindemann-Berlin. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1914, Bd. 15.) Purinstoffwechseluntersuchungen bei Gicht, Erythema nodosum, Purpura haemorrhagica (Quinckesches Ödem), Psoriasis, Asthma bronchiale, Colitis membranacea. Aus den vorzüglich den inneren Mediziner interessierenden exakten Untersuchungen des Verfassers sei als für den Dermatologen wichtig hervorgehoben, daß vier Fälle von Erythema nodosum deutliche Störungen des Purinstoffwechsels darboten; in zwei derselben mit gleichzeitiger Störung im endogenen und exogenen Purinstoffwechsel gelang es, durch Verfütterung von 10 g hefenukleinsaurem Natrium bzw. 245 g Thymus eine neue, typische Erythemeruption experimentell zu erzeugen. Ferner fand sich in zwei Fällen von Purpura haemorrhagica und einem Falle von Psoriasis eine deutliche Störung der exogenen Harnsäureausscheidung; bei der Psoriasis wurde eine günstige Beeinflussung durch diätetische Therapie erzielt.

O. Gans-Hamburg.

Störungen der Hautfunktion als Ursache gastrointestinaler Läsionen, von V. Puntoni. (Morgagni, 17. März 1914.) Der Tod tritt bei gefirnißten Tieren nicht nur durch Erkältung ein, sondern auch infolge toxischer und nervöser Einflüsse. Denn

Digitized by Google

wenn man die Tiere bei einer Temperatur von 38° oder mehr hält, so sterben sie ebenfalls, und zwar in Hyperpyrexie. Statt „Erkältung" wäre besser „Störung der Temperaturregulierung" zu sagen. Die Störung der Hautfunktion hat außer der allgemeinen Wirkung auch einen speziellen schädlichen Einfluß auf den Magen und Dünndarm (Hämorrhagien, Selbstverdauung, Epithelverlust). Hand in Hand damit geht eine Änderung der Darmflora, bestehend in einer Selbstreinigung des Dünndarmes und einer (allerdings inkonstanten) Virulenzsteigerung des Bact. coli in den unteren Darmabschnitten. Die Darmwandungen werden durchlässig, so daß die normalen Darmbakterien, besonders aber pathogene Keime, in die Zirkulation übertreten können. Dieser Übertritt wird begünstigt durch Abnahme der bakteriziden Kraft des Serums. Diese Versuche haben eine große praktische Bedeutung; sie können die Wirkung des feuchtwarmen Klimas, unreiner Kleider usw. erklären. Versuchstiere in feuchtwarmer Umgebung zeigen dieselbon Erscheinungen wie gefirnißte Tiere. R. Frühwald-Leipzig.

Über Vererbung familiärer Merkmale, speziell den Vererbungsmodus der Bluterkrankheit und Versuch seiner Erklärung, von W. Lossen-Köln. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 128, H. 3 u. 4.) Die Vererbungslehre ist besonders in neuester Zeit sehr gefördert worden und durch planmäßige Kreuzungsexperimente von Individuen mit bestimmten erblichen Merkmalen Ergebnisse erzielt worden, von denen besonders interessant sind die Mendelschen Regeln, das Daltonsche Gesetz und die Weismannsche Lehre von der Kontinuität des Keimplasmas. Die Bluterkrankheit ist eine Konstitutionsanomalie, die sich einerseits in hartnäckiger Blutung nach Verletzung, andererseits in Neigung zu spontanen Blutungen zeigt. Die Ursachen sind mangelhafte Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Auffallend ist die Vererbung dieser Krankheit, und um den Typus der Übertragung zu studieren, bringt der Verfasser einige dieser typischen Stammbäume. Bei dem Studium eines bestimmten Stammbaumes kommt der Verfasser zu folgendem Gesetz: die Anlage zu Blutungen wird nur durch Frauen übertragen, die selbst keine Bluter sind. Nur Männer sind Bluter, vererben aber, wenn sie Frauen aus blutgesunder Familie heiraten, die Bluteranlage nicht. Um den Versuch zu machen, den gynephosen Vererbungstypus dieser Stammbäume zu erklären, nimmt der Verfasser folgendes an: die Bluteranlage ist, wenn sie sich in der befruchteten Eizelle befindet, eine unteilbare Erbeinheit. Die Erbeinheit der Bluteranlage findet sich in der oben erwähnten Familie immer nur einmal in der befruchteten Eizelle und stammt hierbei von der Mutter. Beim Auswachsen der befruchteten Eizelle geht der Bluterkeim entweder in die Körperanlage = Ursomazelle über oder in die Fortpflanzungsanlage = Urgeschlechtsmutterzelle, welche den Beginn der Keimbahn und Keimanlage darstellt. Der Bluterkeim ist meist mit als Determinant für das männliche Geschlecht verkettet und wächst damit aus. So erklärt sich zwanglos, daß die Bluter den Keim nur im Körper, nicht aber in den Fortpflanzungszellen haben, und die nicht blutenden Frauen umgekehrt. W. Chrzelitzer-Posen.

Ein Beitrag zur Operation der Blasenektopie, von Al. Hagentorn-Kowno. (D. Zschr. f. Chir., 1914, Bd. 128, H. 3—4.) Verfasser beschreibt eine Operationsmethode, die er selbst praktisch noch nicht ausgeführt hat, nur die Verhältnisse an der Leiche nach Möglichkeit geprüft hat. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Hauterscheinungen bei Malaria, mit besonderer Berücksichtigung einer Form von Ekthyma, von Luigi Chimisso. (Riforma med., 1914, Nr. 13—14.) Bei Gelegenheit einer eigenen Beobachtung bespricht Verfasser die Frage der Hautläsionen bei Malaria. Man kann bei dieser Krankheit verschiedenartige Eruptionen sehen. Von Primäreffloreszenzen wurden beobachtet: Makeln, Papeln, Papulovesikeln, Knötchen und Knoten, Bläschen, Blasen, Pusteln, Schuppen, Geschwüre. Als häufigere Ausschläge

Digitized by Google

kommen in Betracht: Herpes, Urtikaria, Petechien, skarlatiniformes, pustulöses und morbiliformes Exanthem, Miliaria, Erythema nodosum und multiforme, Purpura und Pemphigus. Alle diese Läsionen sind direkt durch die Malariainfektionen bedingt, alternieren mit den Fieberanfällen und werden durch die spezifische Therapie beseitigt. Besonders bemerkenswert ist, wie auch bei dem vom Verfasser beobachteten Falle, eine Art Ekthyma, das dem Ecthyma syphiliticum ähnelt, sich aber von ihm durch den schiefergrauen Rand, durch den Zusammenhang mit den Fieberattaken, durch die Wirksamkeit der Malariatherapie und durch eine begleitende diffuse Melanodermie unterscheidet. Diese letztere wird durch die Therapie nicht beeinflußt.

R. Frühwald-Leipzig.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermatosen bei Hysterie, von Antoni-Heidelberg. (M. m. W., 1914, Nr. 27.) Verfasser schildert einen sehr ausgeprägten Fall bei einem 21jährigen Mädchen, das durch die Erzeugung von Ulzerationen auf fast der gesamten Oberfläche des Abdomens die beobachtenden Ärzte lange Zeit hindurch täuschte. Auch andere Selbstbeschädigungen und Krankheitssymptome wurden geschickt in Szene gesetzt, bevor die Entlarvung schließlich gelang. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Beziehungen der Internsekrete zu dermatologischen Affektionen, von M. Morris-Greenwich. (Monthly Cycl. and Med. Bull., Jan. 1914.) Als Dermatosen, welche den klinischen Symptomen und auch den therapeutischen Erfolgen nach in einer gewissen Beziehung zur Schilddrüse stehen dürften, nennt M. die Psoriasis, die Alopezie, Ichthyosis und Xerodermie. Namentlich bei alter Psoriasis, bei gleichzeitiger Fettsucht, hat ihm die Behandlung mit Schilddrüsenextrakt, eventuell im Verein mit Arsenik, mehrfach sehr gute Dienste geleistet. Ferner werden manche Fälle von Pruritus und Ekzem durch die Thyreoidbehandlung prompt gebessert, und dies wiederum gerade bei fetten Individuen und namentlich bei den zu Xerodermie führenden Ekzemen. Weitere Affektionen, bei denen diese Medikation erfolgreich war, sind das Keloid, welches auch in bezug auf die Beseitigung der Schmerzen dabei in sehr willkommener Weise reagiert, multiple Warzenbildungen, Akne vulgaris und Seborrhoe und auch Lupus vulgaris und Skrophulodermie. In den meisten Fällen wurde mit einer einzigen Dosis von 0,15 abends beim Zubettgehen begonnen; bei günstigem Verlauf wird die Gabe verdoppelt und später dreimal täglich nach den Mahlzeiten je eine Dosis (0,15) gegeben. Extrakte der Thymusdrüse und der Hypophyse sowie der Nebennieren sind vom Verfasser nur wenig angewandt worden; die beiden letzteren schienen bei obstinater Urtikaria und beim angioneurotischen Ödem nützlich zu wirken, und Thymusextrakt wurde bei Akne, bei Komplikationen mit Schilddrüsenschwellung und Tachykardie angewandt. Nebennierenextrakt schien bei Lupus erythematosus günstig zu wirken.

A. Philippi-Salzschlirf.

Der Einfluß der inneren Sekretion auf die Haut und deren Adnexa, von Axel Cedercreutz-Helsingfors. (Prakt. Erg. d. Hautkrkh., 3. Jahrg.) C. hat in dieser Arbeit kurz alles das zusammengestellt, was auf dem großen Gebiete der inneren Sekretion für den Dermatologen wichtig ist. Außer den bekannten Beziehungen zum Morbus Addisonii, zum Myxödem, weist er auf die neueren Forschungen über die Zusammenhänge des Morbus Basedowii zur Sklerodermie und zu einzelnen Fällen von Alopecia areata hin. Die Angabe von Sabouraud, daß Leute mit Alopecia areata oft Luetiker sind, ist nach seiner Meinung vielleicht dahin zu erklären, daß luetische Prozesse in irgend welchen endokrinen Drüsen eine veränderte innere Sekretion hervorrufen. In ähnlicher Weise möchte er die Hypothese aufstellen, daß vielleicht die ganze Hutchinsonsche Trias Folgen innersekretorischer, von luetischen Drüsenveränderungen verursachter Störungen sein könnten. Interessant ist die Erwähnung der Auffassung

Digitized by Google

Sabourauds, daß die seborrhoische Kahlköpfigkeit hauptsächlich durch die übernormal gesteigerte innere Sekretion der Geschlechtsdrüsen hervorgerufen werde. Die Beziehungen der Menstrualexantheme, das Chloasma uterinum, der Dermatitis dysmenorrhoica zur innersekretorischen Tätigkeit der Keimdrüsen werden kurz gestreift, der Zusammenhang der Psoriasis zu Störungen der inneren Sekretion (Pankreas, Keimdrüsen, Schilddrüse) wird kurz besprochen und im Anschluß daran die Korrelation in der Tätigkeit endokriner Drüsen erörtert. Leider sei es bisher nur in wenigen Fällen möglich, durch eine Organotherapie (Myxödem) bzw. Operation (Morbus Basedowii) Erfolge zu erzielen, in den übrigen Fällen müßten die üblichen Versuche mit Eisen- und Arsenpräparaten, Kalziumsalzen, Natrium phosphoric. und Acid. phosphor. dilut. (10 Tropfen zweimal täglich in $^1/_4$ Glas Wasser, Sabouraud) gemacht werden.

Behandlung von organischer und funktioneller Hautkälte der Extremitäten mit Dermotherma, von Leopold Dregiewicz-Lemberg. (Reichs-M.-Anz., 39. Jahrg., Nr. 24.) Das Dermotherma (Luitpold-Werk München) wird auf der Haut verrieben und mit Watte umwickelt. Es soll das Symptom der kalten Füße durch Hautreizung und Steigerung des Blutdruckes und Anregung der Zirkulation in den Hautgefäßen beseitigen. Verf. berichtet, daß er diese Wirkung in zufriedenstellender Weise erzielen konnte.

H. Boehme-Leipzig.

Scharlachähnliche Eruptionen bei septischen Zuständen, von Robert N. Willson-Philadelphia. (New York m. J., 21. März 1914.) Die Krankheiten, in deren Verlauf scharlachähnliches Erythema oft beobachtet wurde, sind Rheumatismus, Septikämie und Ptomain- (speziell Fisch- und Fleisch)- Vergiftung. Die Ätiologie ist unbekannt, aber es ist wahrscheinlich, daß es sich um einen entschieden toxischen Einfluß handelt, der mehr auf die peripheren als die zentralen Gewebe und speziell auf die Nervenenden einwirkt. Es gibt aber auch Medikamente, welche einen scharlachähnlichen Ausschlag hervorrufen können und zwar hauptsächlich Chinin und Belladonna; eine Desquamation, die nur schwer von der des Scharlachs zu unterscheiden ist, kann nach Anwendung beider Medikamente folgen, wofür W. ein paar stringente Beweise anführt, ebenso für das Vorkommen scharlachähnlicher Eruption nach septischen Allgemeininfektionen (infolge von Karbunkel, eiteriger Sinusitis, nach Influenza). Von großer Wichtigkeit ist natürlich die Diagnose solcher Fälle bei herrschenden Scharlachepidemien, um nicht einen solchen Patienten in Isolierspitäler zu überweisen und eventuell noch sein Leben zu gefährden.

M. Stern-München.

Staphylo- und Streptokokken bei Skabies und einigen anderen banalen Dermatosen, von Minna Model. (Bern 1911. Aus der derm. Univ.-Kl., Bern.) Bei der Skabies waren fast immer Streptokokken neben dem Staphylococcus aureus vorhanden. Wenige Effloreszenzen waren steril, zahlreiche enthielten nur Staphylokokken, relativ spärliche nur Streptokokken. Sabourauds Anschauung, daß Staphylokokken auf der Haut immer Eiterung, Streptokokken immer nur seröse Exsudationen bedingen, konnten durch diese Untersuchungen bei Skabies nicht bestätigt werden. Bei Impetigo contagiosa und vulgaris und beim Ekthyma konnte die Konstanz der Streptokokken bestätigt werden. Andererseits gibt es auch atypische Impetigo mit Staphylokokkeninfektion.

Peyser-Harburg.

Über die bakteriologische Bedeutung der Hautdrüsensekrete bei der aseptischen Chirurgie, von J. Ozaki-Kyoto. (D. Zschr. f. Chir., September 1914, Bd. 131.) Aus den Ergebnissen seiner Versuche schließt der Verfasser, daß der sezernierte Schweiß auf der Hautoberfläche keine neue Quelle der Infektion bildet, falls die vorherige Desinfektion ganz gründlich vorgenommen war. In allen Versuchen war die Schweißent-

Digitized by Google

wicklung recht stark; in den meisten Fällen waren keine Keime im sezernierten Schweiße nachzuweisen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Abnormitäten und Krankheiten der Haut und der Hautadnexe bei Geisteskranken, von G. Vidoni und S. Gatti-Treviso. (Archivio di Antropol. crimin. e M. leg., 1914, Nr. 2.) Die Verfasser haben etwa 500 Geisteskranke untersucht und beschreiben die von ihnen beobachteten Abnormitäten und Krankheiten der Haut und ihrer Adnexe. Bekanntlich kommen bei Neuro- und Psychopathischen verschiedenartige Alterationen der Haut häufig vor, besonders: abnorme Hautfarbe, Myxödem, Pemphigus, Psoriasis, Dekubitus, Herpes, Skleremie, Chloasma, Vitiligo, Runzeln, Elefantiasis, Lipomatosis, spontane Ekchymosen, Hämorrhagien, Erytheme, Furunculosis multiplex, Mal perforant, Ichthyosis usw. Volpi-Gherardini hat bei jungen unverheirateten Mädchen mit Dementia praecox narbige Hautstreifen beschrieben, die sehr den Striae gravidarum ähneln. Vidoni und Gatti konnten auch einen derartigen Fall beobachten. Battistelli hat bei einer Neurastheniekranken eine Entfärbung der Haare an den Tagen eintreten sehen, wo die stärksten nervösen Störungen auftraten. Reinhart und Rauber haben bei zwei Epileptikern beobachtet, daß die Haare während der konvulsivischen Anfälle und während des depressiven Phasen ihre Farbe änderten. V. und G. haben derartige Erscheinungen nie beobachtet. Dagegen haben sie bei drei Geisteskranken eine Bronzefärbung der Haut, bei einem zahlreiche Pigmentnävi, und bei drei einen „umschriebenen erworbenen Albinismus" beobachtet. Ferner haben sie drei Fälle von beiderseitigem symmetrischem Herpes zoster beobachtet: die Affektion war in einem Fall am Nacken, im zweiten am Thorax und im dritten am Unterleib lokalisiert. Reinhart, Romber und Heinicke haben besonders bei Dementia praecox mehrere Fälle von plötzlichem Ergrauen und Ausfallen der Haare beobachtet. V. und G. haben hingegen einige Fälle beobachtet, in denen die von den Patientinnen kurz geschnittenen Haare während längerer Zeit nicht mehr oder nur mit abnormer Langsamkeit wiederwuchsen. Sie beschreiben auch einen Fall von Hypertrichosis der Ohrmuschel. Abnormitäten und Erkrankungen der Nägel von verschiedener Art haben sie auch beobachtet.

K. Rühl-Turin.

Verschiedenes.

Die IV. internationale Krebskonferenz, welche 1916 in Kopenhagen stattfinden sollte, wurde über Antrag der dänischen ärztlichen Vereinigung für später verschoben.

Die 13. Jahresversammlung der American Society of Tropical Medicine findet nächstes Jahr in Washington, D.C., unter dem Vorsitze von Dr. Milton J. Rosenau-Boston statt.

Als Nachfolger von Prof. Jacobi wurde Priv.-Doz. Dr. Rost-Bonn auf den Lehrstuhl der Dermatologie in Freiburg i. B. berufen.

Zum interimistischen Leiter der dermatologischen Abteilung des bosnisch-herzegowinischen Landesspitales in Sarajevo wurde Bezirksarzt Dr. A. Glück bestellt.

Dr. Charles D. Freeman hat seine Stellung als Instruktor für Dermatologie und Urologie an der University of Minnesota in Minneapolis, Minn. aufgegeben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

28. August 1915 | Nr. 35 | Band 61

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Ein Fall von Urachusfistel (kombiniert mit kondylomatöser Syphilis der Nabelgegend).

Von

Oberarzt Dr. A. Gappisch, I. Assistent.

(Mit 1 Abbildung.)

Bekanntlich beginnt gegen das Ende des embryonalen Lebens hin der oberste Allantoisabschnitt, der zum Urachus wurde, zu verkümmern und wird zu einem Strang, dem Ligamentum vesico-umbilicale medium, das vom Harnblasenscheitel zum Nabel verläuft und zwischen den Ligamenta vesicae lateralia und den obliterierten Nabelarterien liegt. Bei der Geburt sollen die Gänge längst geschlossen sein.

Nach den Befunden von Luschka[1]) und Wutz[2]) muß dies aber keineswegs der Fall sein. Sie fanden an den untersuchten Fällen teils ein partielles und teils auch ein totales Offenbleiben des Urachus — also Urachuszysten respektive Urachus-Blasen-Nabelfisteln. Das Lumen beider variierte ziemlich stark und bezüglich der Urachusfisteln ist in der Literatur angegeben, daß es bald ganz fein, bald bleistift- oder gänsefederkieldick sein kann; in den höchsten Graden ist die Öffnung so groß, daß ein förmlicher Vorfall der Blase zustande kommt. Für gewöhnlich sind sie nur für feinere Sonden entrierbar, insbesondere an der Blasenmündungsstelle, woselbst sich im Bereiche einer kleinen Kuppel oder Delle eine oft nur stecknadelstichgroße Einsenkung findet, die für eine 0,3—0,5 mm dicke Borste durchgängig angegeben ist. Die Öffnung der Fistel am Nabel entspricht nicht immer genau der Nabelnarbe und verbindet sich oft mit einer Geschwulstbildung, die mehr in der Hervorwölbung des Nabels in toto oder auf der durch Rückstauung bedingten Entwicklung eines Harnsackes beruht.

In der Umgebung der Fistelöffnung können sich hahnenkammartige Wucherungen finden. Ätiologisch sind die Urachusfisteln auf eine durch

[1]) Luschka, Über den Bau des menschlichen Harnstrangs. Virch. Arch., 1862, Bd. 23, S. 1. — [2]) Wutz, Über Urachus und Urachuszysten. Virch. Arch., 1883, Bd. 82, S. 387.

Digitized by Google

behinderten Urinabfluß bedingte Stauung zurückzuführen: Atresia urethrae, Phimose, Urethralstriktur oder prostatische Dysurie. Vielfach gibt es Fälle, wo sich keinerlei Störungen im Harnablaufe nachweisen lassen. Für diese nimmt dann O. Zuckerkandl (Urol. II, 581) ein vorübergehendes Passagehemmnis durch Epithelverklebung an, das später intrauterin wieder geschwunden ist.

Die Urinabsonderung erfolgt in der Regel kontinuierlich, manchmal in nur kleinen Mengen, so daß sie sich nur durch Feuchtsein der Umgebung dokumentiert, während die Hauptmasse sich per vias naturales entleert. In anderen Fällen erfolgt sie nur bei Körperbewegungen, bei Anwendung der Bauchpresse.

Die Innenauskleidung des Urachuslumens besteht aus einem polymorphen geschichteten Epithel, ähnlich dem der Harnwege, wodurch die Unterscheidung gegenüber pathologischen Fistelbildungen, die aus durchgebrochenen Harnabszessen entstanden sind, sich ergibt.

Die Diagnose der Urachusfistel bietet keine sonderlichen Schwierigkeiten. Bei einigermaßen reichlicher Flüssigkeitsentleerung kann man schon infolge der urinösen Durchtränkung der Wäsche oder im entkleideten Zustande durch die ausgedehnte Benetzung des Abdomens den für in Zersetzung begriffenen Urin typischen Geruch wahrnehmen, der immerhin auch dann vorhanden sein wird, wenn eine so geringgradige Fistel vorliegt, die sich nur durch Feuchtsein der nächsten Umgebung kundtut. Sicher und schnell ist die Diagnose zu stellen bei reichlichem Flüssigkeitsabfluß, die dann als Urin ja noch einwandfreier als durch den Geruchsinn durch entsprechende Untersuchungen nachweisbar ist. Weiter dringt eine in die Fistelöffnung im Nabel eingeführte Sonde median nach abwärts. Am beweisendsten ist aber die alsbaldige Entleerung einer durch die Nabelfistelöffnung eingeführten ev. gefärbten Flüssigkeit durch die Harnröhre, oder das intravesikale Palpieren der eingeführten Sonde vom Rektum oder der Vagina aus.

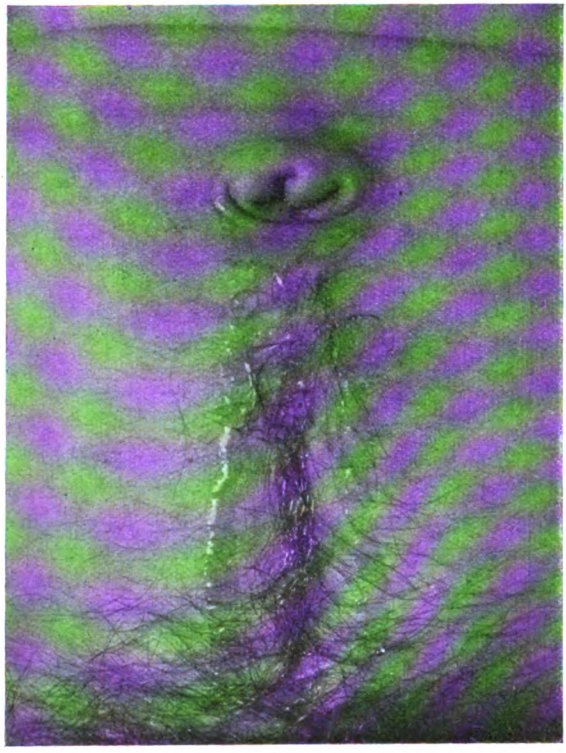
Diesen gedrängten Ausführungen über Anatomie, Ätiologie und Diagnose der Urachusfistel möchte ich einen an unserer Klinik beobachteten Fall dieser Art kurz hinzufügen.

Sch. H., 24 Jahre, Schneider. Aufgenommen 14. Dezember 1914. Sclerosis syphilit. initialis paene sanata ad laminam internam praeputii. Scleradenitis inguin. duplex et cervicalis. Exanthema papulo-crustosum, Papulae capillitii et umbilici. Als Kind Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten und Ziegenpeter. Mit 15 Jahren Typhus und mit 18 Jahren Influenza. Vor ungefähr zwei Monaten Wundbildung am oberen inneren Vorhautblatt, seit einem Monat nach vorübergehenden Kopfschmerzen Ausschlag am Stamm und Kopf. — Außerdem seit Kindheit Miktionsstörungen, die sich bis zur Retentio urinae steigern können. Urinentleerung aus der Nabelnarbe in wechselnder Menge. Besonders bei dem Ver-

Digitized by Google

such, die Blase durch Pressen zu entleeren, fühle er deutlich, wie sich der Blaseninhalt gegen den Nabel hin vordrängt, um dann abzufließen. Der Urin war stets trüb, von intensivem Geruch. Seit 3—4 Tagen erschwertes Urinieren, was auch früher schon — besonders nach Erkältung — vorhanden war. Patient mittelgroß, mittelkräftig, proportioniert, mittelernährt, blaß. Urin: E +, Z —.

In der Mitte der Lamina interna praeputii dorsal, nach dem Margo hin, ein zirka kirschkerngroßer, schinkenroter, flachrandiger, scharfumschriebener, lackartig glänzender, mäßig aber doch deutlich indurierter Substanzverlust. Inguinaldrüsen links: multipel haselnußgroß, rechts multipel bis kirschgroß, sämtliche verschieblich, indolent, prall elastisch. Zervikaldrüsen links: eine kirschkerngroße, rechts: zwei bis kleinhaselnußgroße Kubitaldrüsen: nicht zu tasten.



Am Stamm und den Armbeugen, am reichlichsten an den Seitenteilen des Stammes, regellos verstreute linsen- bis erbsengroße, düsterbraunrote zirkumskripte zumeist in der Hautflucht gelegene, auf Druck rostfarben abblassende Effloreszenzen; einige derselben flach hervorragend; eine kirschkerngroße in der Interskapularfurche mit schwarzroter Blutkruste bedeckt. Der letzteren analoge Effloreszenzen in reichlicher Menge am Kapillitium; die Haare dabei pinselförmig mit den Krusten verbacken. Hohlhände, Aftergegend, Fußsohlen, Mundschleimhaut: ohne pathol. Befund. WR +. Die Nabelnarbe in der oberen Hälfte stärker vorgetrieben. Falten plump vorgewölbt. Die obere Nabelringhälfte fast verstrichen, die unteren Nabelfalten unter und innerhalb des Nabelrings gelegen. Von der Tiefe her Nässen. An den Falten einige erbsengroße, kupfrigrote, oberflächlich grauweiß belegte, feuchtglänzende, scharf umschriebene Effloreszenzen. Beim Urinieren entleerte sich besonders beim Pressen unter mehr oder minder lebhaftem Abtropfen Urin aus der Nabeltiefe (vgl. Abbildung).

Bei Sondenuntersuchung gelangt man durch die Nabelmitte unschwer mit einer ziemlich dicken geknöpften Sonde in einen gegen die Blase hin verlaufenden Gang. Die Sondierung ist für den Patienten mit Schmerzen verbunden. Eine in den Hohlgang eingeführte gefärbte Flüssigkeit wird durch die Harnröhre wieder entleert. An den Genitalien sonst keinerlei pathologische Veränderung, insbesondere keine Phimose.

Digitized by Google

Urethra verengt, für Bougie Charr. 8 schlecht durchgängig. Patient erhielt in vier Infusionen 2,1 g Neosalvarsan intravenös innerhalb 22 Tagen. Danach war das Exanthem bis auf Pigmentresiduen involviert, die Sklerose epithelisiert, nicht mehr induriert. Inguinaldrüsenbefund nicht verändert. Urin frei von Eiweiß.

Auffallend und direkt hinweisend auf die Urachusfistel war außer der eigenartigen Nabelkonfiguration der während der Untersuchung von dem Patienten ausgehende oben erwähnte intensiv urinöse Geruch, der wohl auch ganz besonders auf die Massigkeit der auf den anormalen Wegen entleerten Urinmengen hinweist, wofür ja auch die relativ große Öffnung spricht. Hahnenkammartige Wucherungen bei Urachusfistel, die angegeben sind und die wohl auf eine fortdauernde Reizwirkung durch Urinzersetzung usw. zurückzuführen sind, waren im vorliegenden Falle nicht auffindbar, dafür aber nässende spezifische Papeln, die sich ja auch mit Vorliebe an ständigen Traumen ausgesetzten Körpergegenden lokalisieren. Hierbei möchte ich darauf hinweisen, daß die in der Literatur erwähnten hahnenkammartigen Vegetationen vielleicht breite Kondylome gewesen sind, welche, weil sie möglicherweise das einzige luetische Symptom darstellten, nicht erkannt wurden. An sich sind nässende Papeln am Nabel — besonders bei Fettleibigen — ja keine allzu große Seltenheit.

Grund für die Entstehung der Fistel dürfte wohl mit aller Bestimmtheit die seit Kindheit bestehende erhebliche Striktur sein. Wenigstens gelang es nur einmal, die Bougie vollkommen einzuführen. Vielleicht handelt es sich da um ein klappen- oder ventilartiges Hindernis im Verlaufe der Harnröhre, was nach beiderlei Richtung hin einen absoluten Verschluß herbeiführen kann, wofür auch die hin und wieder auftretende Harnverhaltung spricht.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Alterationen der Schilddrüse infolge künstlich erzeugter Stauung; Einfluß dieser auf das System der inneren Sekretionen, auf die Haut und auf die organische Entwicklung, von L. Mattioli-Sondrio. (Pathologica, 1914, Nr. 142.) Bei sieben Hunden wurden an beiden Seiten die Venae thyreoideae sup. und inf. unterbunden; bei zwölf Kaninchen wurde beiderseitig die Vena thyreoidea inf. unterbunden; bei acht Kaninchen wurde zuerst die Vena thyreoidea inf. und später die Venae thyreoideae sup. und die Vena jugularis int. unterbunden; bei elf Kaninchen wurden alle diese Venen zu gleicher Zeit unterbunden. In den Fällen, wo die Tiere überlebten, wurden keine Veränderungen der Haut noch der Haare beobachtet. K. Rühl-Turin.

Nah- und Fernresultate der Röntgentherapie bei einigen infiltrativen Hauterkrankungen, von A. Pasini. (Morgagni, 27. März 1914.) In achtjähriger Erfahrung haben sich dem Verfasser die Röntgenstrahlen als ein wertvolles Therapeutikum bewährt

Digitized by Google

bei umschriebenem Pruritus mit Licheninfizierung, bei Dermatitiden, Psoriasis, Sykosis und bei einigen Ekzemformen, namentlich solchen, die mit Infiltration einhergehen. Die Anwendung ist einfach, schmerzlos und sicher. Die Röntgenstrahlen helfen auch in Fällen, die sich anderen therapeutischen Maßnahmen gegenüber resistent verhalten hatten. Der günstige Effekt ist aber nicht von Dauer; bei Ekzem und Psoriasis kamen die Rezidive mit derselben Periodizität wie bei anderen Methoden. Die Strahlen wirken eben auch nur auf die Hauptsymptome, nicht auf die Ursache der Krankheit.

Über den Cholestearingehalt des Serums bei Dermatosen, von Fritz Fischl. (W. kl. W., 1914, Nr. 27.) Die Bestimmung des Cholestearins erfolgte nach einer kalorimetrischen Methode. Die meisten Fälle von Urtikaria, Ekzema chronicum, Pemphigus, Pruritus senilis, Mykosis fungoides, Xanthom wiesen einen hohen, konsumierende Erkrankungen, z. B. Karzinom, oder solche, welche mit Fieber einhergehen, z. B. Erysipel, einen niedrigen Gehalt auf. Die Erkrankungen der ersten Kategorie sind solche, welche mit einer Eosinophilie einherzugehen pflegen. H. Vörner-Leipzig.

Ergebnisse der Abderhaldenschen Serodiagnostik bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, von Golla-Breslau. (Zschr. f. Nervhlk., Bd. 50, H. 1—4.) Zu einer kurzgefaßten Mitteilung gibt der Verfasser als Resultat seiner Untersuchungen von 58 sero-organisch Hirn- und Rückenmarkskranken folgendes Resumé: Bei einer Anzahl organischer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten läßt das Abderhaldensche Dialysierverfahren einen fermentativen Abbau von Nervensubstanz erkennen. Bei der Paralyse ist das Verhalten annähernd konstant (unter 22 Fällen 21 mal +); hier zeigte sich auch im Gegensatz zu den anderen organischen Prozessen, bei denen fast ausnahmslos nur Nervengewebe angegriffen wurden, ein Abbau anderer Organe (außer Gehirn und Rückenmark auch Muskeln, Schilddrüse, Hoden, Ovarium, Leber, Niere, vereinzelt auch Hypophyse und Plazenta). Bei drei untersuchten Tabesfällen war die Reaktion mit Gehirn und Rückenmark positiv. Ein abschließendes Urteil über den diagnostischen Wert der Methode läßt sich zurzeit noch nicht fällen. O. Lasch-Breslau.

Mittels des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens gewonnene Ergebnisse auf dem Gebiete der Dermatologie, von G. Stümpke-Hannover. (M. m. W., 1915, Nr. 14.) Weniger aus praktischem als vielmehr aus theoretischem Interesse hat Verfasser bei 200 Seren, teils von Patienten, teils von Kontrollpersonen entnommen, das Dialysierverfahren ausgeführt. Bei den in Betracht kommenden Krankheiten handelte es sich um Syphilis, um blennorrhoische Erkrankungen, Psoriasis und je einen Fall von Pemphigus, Lichen ruber planus, Herpes zoster u. a. Die Abbauvorgänge wurden vorwiegend an Nierensubstanz, Leber und Milz, aber auch an anderen Organen studiert. Bei der Syphilis im Sekundärstadium gibt diese Reihenfolge auch die Intensität des Abbaus an den genannten Organen an. Andere Organe wurden dabei weit weniger oder auch gar nicht abgebaut. Bei der Epididymitis blennorrhoica wurden Prostata, Hoden, Nebenhoden und in vielen Fällen auch die Samenbläschen stark abgebaut. Bei frischen Fällen trat hier ebenso wie bei der Syphilis die Reaktion viel stärker hervor als bei alten chronischen Erkrankungen. Die Psoriatiker ergaben wiederholt einen starken Abbau an Nierensubstanz und auch an Psoriasisschuppen. Von den anderen Dermatosen zeigten die meisten auch eine ausgesprochene Beziehung zu der Nierensubstanz, während ein Fall von toxischer Dermatitis und zwei Ekzemfälle eine stärkere Reaktion mit der Leber ergaben. A. Philippi-Salzschlirf.

Komplementbindung bei parasitären Hautkrankheiten, von J. A. Kolmer und A. Strickler-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 10.) Weniger der praktischen Verwertbarkeit halber als vielmehr aus theoretischem Interesse haben Verfasser Unter-

Digitized by Google

suchungen darüber angestellt, ob bei Patienten, welche an Trichophytie und Favus resp. Tinea versicolor leiden, sich Antikörper entwickeln, welche in Zusammenhang mit den betreffenden Pilzkulturen eine Hämolysenhemmung hervorzurufen imstande sind; und es zeigte sich, daß diese Frage im allgemeinen bejahend zu beantworten ist. Für die Untersuchungen wurden zunächst Kulturen des Trichophyton (Mikrosporon Audouini) auf einer Mischung von Maltose mit Agar und Pepsin angelegt, während der Favuspilz auf einem Nährboden von Glukose, Pepton und Agar gezüchtet wurde. Vom Mikrosporon furfur wurde auch eine allerdings nicht ganz einwandfreie Kultur erzielt. Von den erfolgreichen Kulturen wurden am 24. Tage (nach der im Original nachzulesenden Technik) Antigene hergestellt. Die Reaktionen wurden in Anlehnung an die Originalvorschrift von Wassermann ausgeführt. Das Beobachtungsmaterial lieferten 27 Fälle von Trichophytie der Kopfhaut, drei Fälle von Favus und ein Fall von Tinea versicolor. Die verschiedenen Stadien der Versuche sind mit ihren Einzelheiten tabellarisch mitgeteilt. Es ergaben sich dabei folgende Schlußfolgerungen: Komplementbindung mit dem aus Mikrosporon Audouini gewonnenen Antigen erfolgte bei 78% der an Trichophytie des Kopfes leidenden Kranken schon bei Verwendung von kleinen Mengen; ebenso reagierte das Serum von Favuskranken (bei zwei von den drei Patienten) auf kleine Mengen des Favusantigens. Bei Verwendung von großen Mengen von Antigen ergaben die beiden Krankheiten wechselweise eine gewisse Hemmung. Syphilitiker (elf), deren Serum eine deutliche WR geliefert hatte, verhielten sich dem aus den Kulturen gewonnenen Antigen gegenüber durchaus negativ. Auch vier sonstige mit Hautkrankheiten behaftete Individuen lieferten negative Resultate. Die mit Mikrosporon furfur ausgeführten Reaktionen lieferten nur zweifelhafte Resultate. Verfasser folgern aus der Reaktionsfähigkeit der Favuskranken auf die Trichophytonantigene und vice versa bei Verwendung von größeren Dosen, daß eine gewisse biologische Verwandtschaft zwischen diesen beiden Pilzarten besteht. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Kenntnis der Veränderungen der Spinalflüssigkeit nach Neosalvarsanapplikation, von P. Biach, W. Kerl und H. Kahler. (W. kl. W., 1914, Nr. 30.) Nach der von Ivar-Bang für den Blutzucker angegebenen Methode wurde bei Luetikern und zwar bei einem Teile derselben vor, bei dem anderen nach einer Behandlung von Salvarsan Liquor spinalis entnommen und auf reduzierende Substanz untersucht. Die Werte schwankten hier zwischen 0,04—0,09, dort zwischen 0,06—0,34.

H. Vörner-Leipzig.

Auto- und homoplastische Hautverpflanzungen und der Einfluß der Hyperämie auf dieselben, von G. Bertone-Turin. (Giorn. d. R. Accad. di M. di Torino, 1914, Nr. 11—12.) Verfasser hat bei Kaninchen a) autoplastische Hautverpflanzungen, b) homoplastische Hautverpflanzungen auf blutfremde und c) homoplastische Hautverpflanzungen auf blutverwandte Individuen ausgeführt und dabei stets Haut der Ohren auf Ohren verpflanzt. Er hat ferner Haut des Bauches auf Ohren verpflanzt, und schließlich untersucht, welchen Eindruck die aktive und passive Hyperämie auf den Ausgang der Verpflanzung ausübt. Die autoplastischen Verpflanzungen gingen stets an, sowohl wenn von Ohr auf Ohr wie wenn von Bauch auf Ohr verpflanzt wurde. Bei den homoplastischen Verpflanzungen auf blutfremde Tiere erfuhr das verpflanzte Hauptstück nach 5 - 7 Tagen eine Mumifizierung und fiel dann ab. Bei vier homoplastischen Verpflanzungen auf blutverwandte Tiere erfolgte dreimal Mumifizierung, und einmal fiel die Verpflanzung positiv aus. Die Hyperämie übte keinen Einfluß auf den Verlauf und den Ausgang des Prozesses aus. Aus der in allen Fällen ausgeführten mikroskopischen Untersuchung ergab sich, daß das eingepflanzte Hautstück von der Umgebung durch eine lineare Schicht von gewöhnlichem narbigem Gewebe getrennt war. In dem

Digitized by Google

verpflanzten angewachsenen Hautstück war das Bekleidungsepithel und das Epithel der Adnexe stets gut erhalten; in der Keimschicht war keine übernormale Menge von Karyomitosen nachweisbar. Das Bindegewebe wies stets normale Anordnung und normale Struktur auf mit beschränkter Kleinzelleninfiltrierung an der Basis. Das elastische Netz war sowohl im Dermagewebe wie in der Wand der Gefäße überall vorhanden; in der Wand der Gefäße und besonders in der Intima der kleinen Arterien war es jedoch unvollkommen vertreten; in dem Narbengewebe fehlte es. Die Haare waren überall gut erhalten; in der auf das Ohr verpflanzten Abdomenhaut behielten sie alle ihre Charaktere unverändert bei. Bei den mit passiver Hyperämie behandelten Verpflanzungen zeigte die Basis des eingepflanzten Hautstückes eine reichliche Leukozyteninfiltrierung in den weiten Räumen des ödematösen Bindegewebes. K. Rühl-Turin.

Über das Verhalten des retikulo-endothelialen Zellapparates gegenüber der Bestrahlung und der Transplantation, von Soper. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1914, Bd. 17, H. 3.) Der retikulo-endotheliale Apparat der Milz und der Lymphknoten verhält sich gegenüber der Bestrahlung von γ-Strahlen auffallend widerstandsfähig und unterscheidet sich dadurch wesentlich von dem mit ihm räumlich eng verbundenen lymphatischen Apparat. Während die Lymphozyten relativ schnell und leicht geschädigt werden, lassen sich derartige Schädigungen für die histiozytären Elemente überhaupt nicht oder nur in geringem Umfange nachweisen; wohl aber tritt bei länger dauernder intermittierender Bestrahlung eine Reizung der Histiozyten in dem Sinne auf, daß sie stärker wie sonst allerlei Zellelemente phagozytieren. Dieser Reizzustand geht bei kontinuierlicher starker Bestrahlung in einen Lähmungszustand über. Auffallend war bei den Bestrahlungsversuchen mit relativ hohen Dosen (50 mg RaBr), daß selbst bei Nahbestrahlung eine wesentliche Veränderung der Blutbildung nicht beobachtet wurde, auch die Tiere (Kaninchen) sich auffallend resistent verhielten und erst bei tagelang fortgesetzter kontinuierlicher Nahbestrahlung eine Schädigung des Gesamtorganismus aufwiesen.

W. Haas-Hamburg.

Über die Neubildung der elastischen Fasern in Hautnarben, ein Beitrag zur Altersbestimmung von Narben, mit Benutzung der Untersuchungen von Fr. v. Schröter, von Felix Marchand-Leipzig. (W. m. W., 1915, Nr. 6.) Zur Altersbestimmung von Narben unbekannten Alters ist in erster Linie die Neubildung des elastischen Gewebes von Wichtigkeit, doch lassen sich darüber keine absolut gültigen Angaben machen. Als wichtiges Hilfsmittel können gewisse Eigentümlichkeiten in Betracht kommen, ganz besonders Fremdkörper, die in die Narbe einheilen und ihrer Natur nach auf einen bestimmten Ursprung der Narbe hinweisen. Verfasser führt einen Fall an, welcher die Bedeutung der Altersbestimmung veranschaulicht. Es handelt sich um einen Mörder, welcher behauptete, von seinem Opfer über den Kopf geschlagen zu sein, wodurch er eine Narbe davongetragen habe. Die Zeit, in welcher die Tat geschah, lag sieben Monate zurück. Die histologische Untersuchung der Narbe ergab aber das Vorhandensein eines dicken, aus unregelmäßig verflochtenen Bündeln bestehenden Narbengewebes, von gutausgebildeten Papillen und endlich eines besonders in den oberen Schichten sehr entwickelten Netzes von elastischen Fasern. Eine gleichzeitige Einlagerung feinster Kohle- und Mineralsplitter ließ auf eine Verzögerung der Narbenentwicklung schließen. Demnach mußte die Narbe augenscheinlich älter als sieben Monate sein. Außer diesen ist noch ein weiteres Kriterium geeignet. Bei Anwendung der Polarisation erweisen sich die Bindegewebszüge älterer Narben, wie normal, stark doppelbrechend. Für die Beurteilung sind v. Schröters Angaben wichtig, denen zufolge fünfwöchige Narben schon die Anfänge der Elastinbildung, während $^1/_4$—$^1/_2$jährige reichliche Mengen aufweisen, obwohl

Digitized by Google

eine einjährige Laparotomienarbe noch eine sehr geringe Entwicklung von elastischen Elementen zeigte. H. Vörner-Leipzig.

Über experimentelle Erzeugung von Epithelwucherungen und Vervielfachungen des Medullarrohres („Polymyelie") bei Hühnerembryonen, von Ludwig Waelsch-Prag. (Arch. f. Entw., 1914, Bd. 38, H. 4.) Im Anschluß an Untersuchungen Fischers injizierte W. das Scharlachöl unter die Keimscheibe von Hühnerembryonen. Als regelmäßige Folge erzielte er eine Beeinflussung des Ektoderms und ganz besonders der Anlage des zentralen Nervensystems, in welchem sich an zahlreichen Stellen eine Tendenz zur Einfaltung, zur Bildung von Epithelröhren zeigte. Die Steigerung der Produktionsfähigkeit führte am Kopf zum Wachstum der Hirnanlage in die Flächen- und Dickendimension, am Rumpfe zur Bildung einer ektodermalen Zellmasse mit einer Vielzahl von Rückenmarksrohren. Es handelt sich dabei nicht um einfache Zellproduktion, sondern auch um die Entfaltung einer dieser Zellen zukommenden organbildenden Kraft. Das Entoderm innerhalb des Embryos selbst hingegen verhält sich gegenüber dem gesetzten Reize passiv, während an den außerhalb der Embryonalanlage befindlichen Ektodermpartien im wesentlichen immer nur eine Vermehrung der Zellenzahl ohne Tendenz zur Organbildung auftritt. Im Vergleich seiner Befunde mit solchen auf der menschlichen Pathologie (Diplomyelie, Hydromyelie, Syringomyelie) kommt W. zu dem Schluß, daß angeborene und frühzeitig angelegte Diplo-, Hydro- und vielleicht auch gewisse Fälle von Syringomyelien beim Menschen unter anderem auch durch einen Reiz verursacht werden können, der zunächst nur eine regere Zellvermehrung innerhalb der Medullaranlage auslöst. In den auf diese Weise entstandenen Zellmassen kommt es dann kraft der ihnen selbst innewohnenden organbildenden Potenz zur Entwicklung von mehr als einem Zentralkanal und damit zur Anlage der genannten Entwicklungsanomalien. O. Gans-Hamburg.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Über Allgemeinbehandlung von Hautkrankheiten, von Fr. Luithlen. (W. m. W., 1914, Nr. 32 und 33.) Hautentzündungen entwickeln sich auf der Basis erhöhter Empfindlichkeit. Zu ihrer Bekämpfung dienen ältere diätetische Maßnahmen wie auch modernere, z. B. stickstoffarme Kost bei Urtikaria und Psoriasis. Die vegetabilische Kost, welche hierbei in Frage kommt, besitzt ihren Wert in dem Reichtum an Mineralien, vor allem an Kalzium. Die mit diesem Mittel selbst von Wright empfohlene Therapie ist kontraindiziert bei Urtikaria, Ekzem, Neurodermitis, sobald dieselben durch eine Anazidität des Magens veranlaßt werden. Bei der Dosierung sind nicht zu kleine Dosen, mindestens 5—10 g zu wählen. Die Wirkung beruht auf einer Herabsetzung der Reizbarkeit der Haut, dasselbe gilt von Atophan, $1^1/_2$—3 g täglich. Die Wirkungsweise des Ichthyols, 3 g pro die, dürfte sich im besonderen auf die Gefäße erstrecken. Von größerem Interesse ist die Serumbehandlung, deren Bedeutung auf der parenteralen Einfuhr kolloidaler Substanzen beruht. Zur Verwendung kommen: artfremdes Serum, Pferdeserum (Freund); arteigenes Serum (Linser-Mayer); Eigenserum (Spiethoff); Mischserum Eigen- und Hammelserum, 2:3 (Spiethoff); arteigenes Blut (Prätorius); Eigenblut subkutan (Ravaut) und intravenös (Spiethoff). An Stelle von Serum verwendet Spiethoff auch das Natrium nucleinicum Böhringer mit gutem Erfolg, Bruck den Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion. Ebenso vorteilhaft sind wiederholte Aderlässe Der erzielte Flüssigkeitsverlust wird rasch ersetzt, indem das Gewebe Plasma abgibt. Sein Eintritt in die Blutbahn wirkt wie Eigenserum. Gute Resultate sind für die letzte Methode besonders bei

Digitized by Google

Autointoxikationen oder infektiös-toxischen Prozessen zu erwarten. Die Verwendung von Chinin gegen Pemphigus ist unsicher im Erfolg. Die Injektion von Blaseninhalt entspricht der Autoserotherapie von GILBERT. Eine ätiotrope, d. h. gegen den Krankheitserreger gerichtete Behandlung erwartet man vom Urotropin und der Salizylsäure (z. B. Herpes zoster). Die Organtherapie leistet Gutes in Darreichung von Ovarialpräparaten bei Menstrualexanthemen und Hauterkrankungen, welche als die Folge von Veränderungen der Genitalorgane anzusehen sind. Bei der Behandlung von Hautblutungen versagten Ergotin, Chinin und Arnika sehr häufig, dagegen ist eine Serumbehandlung zu versuchen. Eine Beeinflussung von Hauteiterungen läßt sich durch Urotropin erzielen. Gegen Furunkulose wirken Hefe, Schwefel, Chinin und WRIGHTsche Vakzinebehandlung. Die Intradermoinjektion von Trichophytin, einem Extrakte aus Trichophytonpilzen, zeitigt gute Resultate bei der Behandlung tieferer Erkrankungen. Bei chronischen Hauterkrankungen ist außer den schon erwähnten Mitteln das Arsen wichtig. Seine günstige Wirkung beruht auf der erhöhten Durchlässigkeit der Gefäße. Die jodwasserstoffsauren Salze wirken teils reizend auf Schleimhäute und Haut, besonders ihre sekretorischen Elemente (Akne), teils auch auf die Schilddrüse, wodurch es zur Vermehrung der N.-Ausscheidung kommt. Auf diese Weise kann sich die günstige Wirkung von Schilddrüsenpräparaten bei Psoriasis erklären. H. Vörner-Leipzig.

Die Chirurgie des praktischen Arztes, von O. NORDMANN-Berlin-Schöneberg. (M. Kl., 1914, H. 1, 7, 8, 9, 16, 17.) Wir wollen hier aus den kurzen, prägnanten Hinweisen NORDMANNS für die Chirurgie des praktischen Arztes nur die Kapitel besprechen, die quasi die Grenzgebiete betreffen und häufig in der Sprechstunde der Dermatologen vorkommen, z. B: 1. Die Behandlung der Furunkel und Karbunkel. In jedem Falle Urin untersuchen. Keine Polypragmasie, d. h. nicht viel drücken und quetschen. Beim einfachen Furunkel Bepinselung desselben mit 5% Jodlösung nach Rasieren der ganzen Umgebung in großer Ausdehnung und Reinigen derselben mit Benzin; dann einen Versuch, die Decke des Furunkels mit chirurgischer Pinzette abzuheben und Saugen dreimal je drei Minuten mit je zwei Minuten Pause), dann Verband mit Lanolin. NORDMANN widerrät feuchte Verbände, die die Haut mazerieren und an den Haarbälgen in der Umgebung Pusteln entstehen lassen. Nach der Heilung noch einige Zeit weiter rasieren und regelmäßig die Haut mit Alkohol abreiben lassen. Bei größeren, tiefer sitzenden muß eine Inzision im Chlor-Äthyl-Rausch oder totaler Narkose gemacht werden und dann saugen, tamponieren, Verbände wie oben. Besonders unangenehm sind die Furunkel im Gesicht. Bei allgemeiner Furunkulose, die häufig sehr hartnäckig ist, ist Allgemeinbehandlung nötig (bei Diabetes allmähliches Zuckerfreimachen des Körpers). Bäder, Diät (keine fettreiche Nahrung, besonders kein Schweinefett); von den Hefe-Präparaten hält der Verfasser wenig; er hält sie eventuell nur wegen ihrer laxierenden Wirkung für nützlich. Lokal: Rasieren, ev. im Chloräthylrausch, dann mit Spirit. dilut. waschen, dann die einzelnen Furunkel eröffnen, entweder mit chirurgischer Pinzette oder Inzision; sämtliche Furunkel mit Phenolkampfer (Acid. carbol. liquef. 15,0, Camph. trit. 30,0, Alkohol absolut. 5,0) betupfen; letzteres Mittel ist nach den Erfahrungen NORDMANNS geeignet, kleine Furunkel zum Rückgange zu bringen und die Weiterverbreitung aufzuhalten; nach Eintrocknen der Lösung ein Verband mit 10% Ichthyol-Vaseline oder Vaseline und Lanolin āā. Als Hauptsache betont aber NORDMANN immer wieder das Reinigen der Haut mit Benzin und Alkohol und Rasieren der nachwachsenden Haare und zwar noch längere Zeit nach Heilung der Furunkel.

Bei Karbunkeln empfiehlt NORDMANN die Exstirpation derselben wie bei Tumoren. Im Ätherrausch wird rasiert, gesäubert, mit Jodtinktur bestrichen und kreuzförmig tief inzidiert, dann die vier Hautlappen mit Klemmen fixiert und das ganze, mit Eitertröpf-

Digitized by Google

chen durchsetzte Gewebe bis auf die Faszie exstirpiert. Blutung steht meist auf Tamponade; am besten Beutel von Noviformgaze, dann Verband, dessen obere Lagen häufig gewechselt werden, wobei die Haut stets mit Benzin gereinigt wird, während ein Wechsel der Tamponade nur alle drei Tage notwendig ist. Da Karbunkel besonders bei Diabetikern vorkommen, muß auf die Diät geachtet werden.

2. Die Behandlung der Lymphgefäß- und Lymphdrüsenerkrankung. In dem ersten Abschnitt über die Behandlung der Erkrankungen der Lymphgefäße bringt der Verfasser nichts Neues, da die fast verzweifelten Fälle schwerster Infektion, in denen nach Nordmann das Näsßkesche Verfahren (ringförmige Zirkumzision der Haut und des Unterhautzellgewebes bis auf die Faszie, z. B. des Oberarmes), bei uns selten in Betracht kommen dürften. Bei akuter Entzündung der Lymphdrüsen in der Achseldrüse resp. Leistenbeuge widerrät Nordmann entschieden die völlige Ausräumung der Höhlen und Entfernung aller Drüsenpakete, sondern rät nur bei genügender Erweichung die Inzision und eventuell Exstirpation der vereiterten Drüsen. Bei den Drüsen der Achselhöhle kann die Infektion die erste Kette der Drüsen überschreiten und zu tiefer Vereiterung unter dem Pektoralis führen. Bei den Bubonen der Leistenbeugen muß man nach der Eingangspforte der Infektion fahnden (Blennorrhoe, Ulcus molle) und die ursprüngliche Erkrankung stets sorgfältig mit behandeln. Bei erweichten, stellenweise fistulös nach außen durchgebrochenen Bubonen: Inzision und mittels der Cooperschen Schere Entfernung des eingeschmolzenen nekrotischen Drüsengewebes; Tamponade mit Jodoformgaze und Verband; dessen obere Schichten, so bald sie durchfeuchtet sind, wechseln, die Gaze in der Tiefe alle 5—6 Tage erneuern. Bei jedem Verband sorgfältige Hautpflege mit Benzin und Puder, da gerade diese Gegend eine Prädilektionsstelle für Erysipel ist. Die in den folgenden Arbeiten noch gegebenen Winke für die Narkose sind zwar sehr wertvoll, liegen aber unserem Gebiete etwas zu fern, um sich an dieser Stelle zum Referieren zu eignen. O. Lasch-Breslau.

Kosmetik und Anatomie, von Edmund Saalfeld-Berlin. (W. kl. W., 1914. Nr. 24.) Verfasser bespricht die die Objekte der Kosmetik bildenden Hautaffektionen als Akne, Warzen, Pigmentvermehrung, Blutgefäßanomalien, Haarausfall. Er geht hierbei von den ihnen zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen aus und weist bei Besprechung der therapeutischen Eingriffe immer darauf hin, in welcher Weise die Therapie zu handhaben ist, um nicht als fragliche kosmetische Resultate häßliche Narben zu erhalten. E. Klemm-Leipzig.

Die Austrocknungsmethode zur Behandlung von kongenitalen und späteren Gewächsen auf der Haut und den Schleimhäuten, von W. L. Clark-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 12. Sept. 1914.) Diese vom Verfasser seit sechs Jahren geübte Methode der Beseitigung von Neubildungen durch Austrocknen mittels statischer Elektrizität bietet, wie hier dargelegt wird, verschiedene recht erhebliche Vorteile. Es ist allerdings dazu eine nicht ganz einfache Einrichtung nötig, um den hochgespannten Strom genau manipulieren zu können, denn es kommt dabei darauf an, durch die starke Erwärmung die Tumorzellen zum Absterben zu bringen, ohne eine Verbrennung oder Verkohlung zu bewirken, und das Verfahren unterscheidet sich demnach prinzipiell sowohl von der Fulguration als auch von der Elektrolyse und der Diathermie. Bei Tumoren, welche mit gesunder Haut bedeckt sind, wird man das Verfahren nur ganz ausnahmsweise anwenden, da diese dabei auch vernichtet werden würde, aber bei lokalisiertem Epitheliom der Haut und Ulcus rodens, ferner bei Warzen, Molen, Keratosen, Naevus pigmentosus und vascularis, sowie bei Keloiden und bei Wucherungen auf der Schleimhaut der Urethra und anderer Organe hat Verfasser gute und auch kosmetisch befriedigende Resultate erzielt. Im allgemeinen

Digitized by Google

ist der dabei verursachte Schmerz nicht übermäßig, gelegentlich wurde aber lokale oder eine leichte allgemeine Anästhesierung angezeigt gefunden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Epithelisierende Wirkung der Aminoazobenzole, von Leonardo Martinotti. (B. kl. W., 1914, Nr. 31.) Die Farbstoffe, die dem Aminoazotoluol und dem Aminoazobenzol angehören, haben alle stark epithelisierende Eigenschaften; bei den letzteren ist sie stärker als bei ersteren. Am besten wirkt das salzsaure Diaminoarsenobenzol oder Chrysoidin, und zwar in wässeriger Lösung. Den Mechanismus dieser Wirkung sieht Verfasser darin, daß diese Farbstoffe eine starke Affinität zu den Fetten haben, sich auf diesen fixieren und diese in Gegenwart eines energischen Oxydans unlöslich machen. Der Entziehung oder Unlöslichmachung der Fette des Epithelgewebes würde eine aktive Epithelwucherung entsprechen.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Überhäutung großer Hautdefekte unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von Pellidol und Azedolen, von R. Polland-Graz. (W. m. W., 1913, S. 56—59.) Zur Reinigung der Wunden wird Wasserstoffsuperoxyd, Sol. Kalii permangan. und Novojodin empfohlen. Unterstützend wirkt die Heißluftdusche. Zur Anregung der Granulation dient Wasserstoffsuperoxyd, Zinkoxyd (Ektoganverband) und wieder die Heißluftdusche, und zur Reduzierung der übermäßigen Granulationsbildung das Argentum nitricum. Zur Epithelisierung kamen die Scharlachrotpräparate auf, welche aber von dem Diazetylderivat des Amidoazotoluol (Pellidol) und dem Azodolen (Pellidol plus Jodolen) wesentlich übertroffen werden. Durch die Verwendung dieser Präparate wird die Heilungsdauer von Hautdefekten um 30—50% herabgesetzt.

H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung verschiedener Hautdefekte mit Scharlachrotsalbe, von Tscherkassow. (Wratschebaya Gaseta, 1913, Nr. 43.) Die Überschrift besagt alles.

A. Jordan-Moskau.

Die Verwendung von kleinen dicken Hauttransplantationen, von J. S. Davis-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 19. Sept. 1914.) Das von D. empfohlene Verfahren bezweckt, bei den Hautverpflanzungen möglichst viel vom Derma auf die zu bedeckende Fläche zu übertragen. Mit einer in einer Arterienklemme fixierten geraden Darmnadel wird die Haut des Gebers angestochen und zu einem kleinen Kegel emporgezogen; durch einen parallel zur Hautoberfläche geführten Schnitt trägt man einen möglichst großen Teil der Kegelspitze ab und überträgt ihn ohne weiteres auf die zu bedeckende Stelle; es sind natürlich sehr viele solche kleinen Hautstückchen zur Bedeckung eines irgendwie größeren Gebietes nötig; man legt sie in Abständen von nicht mehr als 5 mm reihenweise an; sobald zwei Reihen vollständig sind, werden sie mit einem Streifen trockenem Guttaperchapapier bedeckt und fest durch Aufdrücken mit einem Gazebausch angedrückt. Die überstehenden Ränder aus Guttaperchapapier werden mit Chloroform an die Haut angeklebt. Verbandwechsel am zweiten oder dritten Tage.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Verwendung von Hauttransplantationen bei der ambulanten Behandlung von Ulzerationen, von J. S. Davis-Baltimore. (J. Am. m. Assoc., 13. Feb. 1915.) Im Laufe der letzten 14 Monate hat Verfasser 50 poliklinische Fälle mit verschiedenartigen, zum Teil sehr ausgedehnten Ulzerationen mit autogenen Hautverpflanzungen behandelt. Das Resultat lautet: Heilungen 36, Gebesserte 9, Ungebesserte 5. Bei 48 Patienten kamen die kleinen tiefentnommenen Hautstücke in Anwendung. Als erste Bedeckung nach dem Aufsetzen der Verpflanzungen dienten entweder dach-

Digitized by Google

ziegelförmig angelegte Streifen von Guttapercha oder eine Lage von wasserdichtem Netzgewebe. Darauf folgte eine Mullbedeckung und zum Befestigen eine genügende Menge von Heftpflasterstreifen. Darüber folgten weitere Mulllagen, Mullbinde und schließlich eine Gazebinde. Keiner von den so behandelten Kranken hat eine Unterbrechung der Berufstätigkeit erlitten. A. Philippi-Salzschlirf.

Mineralwasserbehandlung der squamösen Dermatosen, von Jaime Peyri Rocamora. (IX. Congr. int. die Hidrolog., Climatol., y Geol. 1914.) Da der Verhornungsprozeß am besten durch die Balneotherapie beeinflußt werden kann, sind die squamösen Dermatosen das Hauptanwendungsgebiet der Mineralwasserbehandlung. Bei der Auswahl der Quelle muß man in erster Linie die Art der Dermatose, in zweiter Linie die Reaktionsfähigkeit der Haut in Betracht ziehen. Man wird deshalb der topischen Behandlung den Vorzug geben; wenn aber in einem Badeorte verschiedene Quellen vorhanden sind, kann man eine Allgemeinbehandlung gleichzeitig durchführen. Der ersteren Indikation genügen Schwefelwässer, namentlich solche, die auch Arsen enthalten. Salzhaltige Wässer kommen für die zweite Indikation in Betracht. R. Frühwald-Leipzig.

Indikationen der Mineralwässer bei der Behandlung von Hautkrankheiten und Syphilis, von P. Jourdanet. (Prov. méd., 1914, Nr. 29.) Aufzählung und kurze Besprechung der französischen Badeorte, die bei Dermatosen und Syphilis eine Heilwirkung entfalten können. R. Frühwald-Leipzig.

Über die geschichtliche Entwicklung und den heutigen Stand der Vakzinebehandlung, von H. Schweder. (Ther. Mh., Febr. 1914.) Die Behandlung gipfelt in dem Satze, daß eine Schutzimpfung bisher sich nur bei Hunden mit Blattern und Diphtherie bewährt habe und diejenige des Typhus am meisten Aussicht habe, von Erfolg begleitet zu sein. Die Vakzinebehandlung bei lokal umschriebenen Prozessen wie Epididymitis, Prostatitis, Arthritis gon., Furunkulose, Sycosis parasit. dürfte allen anderen Verfahren zurzeit überlegen sein. Peyser-Harburg.

Mitteilungen über experimentelle Vakzine, von H. A. Gins. (B. kl. W., 1914, Nr. 9.) Verfassers Versuche führen zu dem Resultat, daß der Äther für das Vakzinevirus keineswegs indifferent ist. Er schädigt das Virus regelmäßig in mehr oder weniger kurzer Zeit, manchmal schon nach 24 Stunden. In allen weiteren Versuchen ist es Verfasser gelungen, durch Schütteln mit Kaolin das Vakzinevirus aus verdünnter Lymphe fast oder ganz quantitativ auszufällen und sein Vorhandensein in dem Kaolinsediment nach scharfem Zentrifugieren nachzuweisen, während die überstehende Flüssigkeit fast immer von Virus frei war. G. Heymann-Elbing.

Über Opsonine und Vakzinetherapie, von Friedemann. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., Jahrg. 1914, Nr. 16.) Zusammenfassende Übersicht. Nichts wesentlich Neues. W. Haas-Hamburg.

Die Verwendung von Autoserum bei dermatologischen Erkrankungen, von W. S. Gottheil und D. L. Sahnstein-New York. (J. Am. m. Assoc., 3. Okt. 1914.) Verfasser bestätigen auf Grund ihrer Erfahrungen bei 18 Fällen die von anderen Verfassern beschriebene Wirksamkeit der Injektion von autogenem Serum sehr entschieden. Es handelte sich bei ihren Fällen zwölfmal um Psoriasis, zweimal um Röntgendermatitis und bei den anderen Fällen um Furunkulose, chronische Urtikaria, Acne pustulosa und Lichen planus. Nachteilige Wirkungen wurden nur bei dem einen (sehr schweren) Fall von Radiodermatitis konstatiert. Der leukämische Patient bot nach der fünften und sechsten Injektion Symptome der Anaphylaxie dar, doch war das Endresultat über alles Erwarten gut. Besonders günstig waren die

Digitized by Google

Resultate bei der Psoriasis. Man gab in Zwischenräumen von 5—7 Tagen in der Regel 4—6 Injektionen ohne weitere Behandlung außer Bädern und Abseifungen; nach Beendigung der Serumkur wurde der Körper mit einer schwachen (2—3%igen) Chrysarobinsalbe und die Hände und der Kopf mit einer ebenso schwachen weißen Präzipitatsalbe behandelt, was in der Regel alle Läsionen im Laufe von 3—8 Tagen glatt beseitigte. Allerdings ist es nicht möglich, über die Beständigkeit der Heilung etwas anzugeben. Die meisten dieser Psoriasiskranken waren aber schon sehr lange affiziert gewesen und hatten viele Kuren vergeblich durchgemacht. Verfasser empfehlen die Verwendung von möglichst ausgiebigen Serummengen (bis zu 80 und 90 ccm) und entnehmen zu diesem Zwecke bis zu 200 ccm Blut. Die Verwendung von ziemlich weiten Platinakanülen erleichtert dies bedeutend. Ihre elektrisch betriebene Zentrifuge macht 5000 Umdrehungen in der Minute.

A. Philippi-Salzschlirf.

Welche Stellung nimmt gegenwärtig die Behandlung mit Autoserum in der Dermatologie ein? von M. L. Ravitch-Louisville. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 15) Aus der Literatur hat Verfasser Berichte über mehr als 5000 Injektionen gesammelt, und er entnimmt aus diesen sowie aus seinen eigenen ziemlich umfangreichen Erfahrungen mit dieser speziellen Methode, daß dieselbe höchstens bei einigen wenigen Fällen sich wirksam erweist und für eine allgemein verbreitete Anwendung nicht zu empfehlen ist. Abgesehen von den technischen Schwierigkeiten spreche gegen das Verfahren die Beobachtung, daß nach R.s Erfahrungen dasselbe bei Urtikaria und Ekzem ihm völlig versagt hat, und bei Psoriasis ohne gleichzeitige Anwendung einer 2%igen Chrysarobinsalbe auch nur negative Resultate konstatiert wurden. Injektionen von artifiziellem Serum mit oder ohne Lezithinzusatz sowie intramuskuläre Injektionen von Natrium- und Quecksilberkakodylat schienen ebenso gute Resultate zu liefern. Auffallend war allerdings die günstige Wirkung der Autoseruminjektion auf eine Psoriasis von 30jähriger Dauer bei einem 60jährigen Herrn. Vorläufig ist bei sehr milder Chrysarobinbehandlung der Patient rezidivfrei geblieben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Der gegenwärtige Stand der Lichttherapie, von J. Peyri. (La Rev. Therapia, 1913.) Zusammenfassendes Referat für den 6. internat. Kongreß für Elektrologie und Radiologie. Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Anwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von Fritz M. Meyer-Berlin. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, Heft 1.) Verfasser bestrahlte 16 Patienten, die zum Teil 10—15 Jahre lang an chronischem Ekzem litten. Die Resultate waren durchweg gut, so daß Verfasser die Methode zu weiterer Nachprüfung empfiehlt. Er bediente sich eines 1 mm dicken Aluminiumfilters und applizierte in jeder Sitzung eine halbe Volldose, in Zwischenräumen von je einer Woche folgten drei weitere Bestrahlungen, bis der Patient in drei Wochen zwei Volldosen erhalten hatte, alsdann trat eine Pause von drei Wochen ein. Abgesehen von leichteren Pigmentationen trat nur in einem Falle eine Reaktion ein, der allerdings experimenti causa 2½ Volldosen erhalten hatte. Es zeigte sich eine deutliche Reaktion zweiten Grades, die in zwei Wochen abheilte. Mit der Röntgenbehandlung der Psoriasis nach L. Freund hatte dagegen M. wenig Glück. Die Methode besteht darin, daß sämtliche Psoriasisherde vermittels des scharfen Löffels ausgekratzt werden und dann sofort ⅔—1 Volldose erhalten. Durch das Abkratzen der Schuppen soll eine größere Tiefenwirkung erzielt und dadurch die Rezidive zurückgehalten werden. Verfasser hat das Verfahren an sechs Patienten nachgeprüft, sämtliche bekamen in kürzester Frist ihr Rezidiv. (Hoffentlich bekommen sie nicht auch noch eine Atrophie. Die Volldosis bei dem

Digitized by Google

hochempfindlichen Psoriasisgewebe zu geben ist nicht ganz unbedenklich. D. R.) Auch bei Verwendung von Filtern verschiedener Dicke blieb das Rezidiv nicht aus.

H. Rausch-Darmstadt.

Über Dosierung der Röntgenstrahlen, von KARL STERN-Fürth i. B. (M. Kl., 1914, Nr. 3.) STERN weist auf die große Wichtigkeit der richtigen Dosierung bei Anwendung von Röntgenstrahlen hin; das von HOLZKNECHT modifizierte SABOURAUDsche Dosimeter hält er für das beste; dasselbe gestattet aber nicht, Zwischendosen, mit denen man in der Dermatologie besonders arbeitet, abzulesen. Aus diesem Grunde empfiehlt STERN die von MEYER angegebene Modifikation des SABOURAUDschen Dosimeters, mittels deren man auch die kleinen Zwischendosen mit großer Exaktheit ablesen kann, und welche billiger ist als das HOLZKNECHTsche Verfahren. STERN selbst hat nun das MEYERsche Verfahren, das nur für die BURGERsche Zentraltherapieröhre verwendbar ist, ein wenig geändert, so daß es bei allen Röhren benutzbar ist und der Preis des ganzen Apparates sich billig stellt.

O. Lasch-Breslau.

Zur Dosierung der Röntgenstrahlen, von GUNSETT-Straßburg. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 6.) G. empfiehlt angelegentlichst den Gebrauch der von HANS MEYER-Kiel aufgestellten und in die Praxis eingeführten Tabelle beim Gebrauch des Radiometers von SABOURAUD und NOIRÉ. Das SABOURAUDsche Dosimeter hat den Nachteil, daß es nur die Ablesung einer einzigen Strahlendosis gestattet, welche zehnmal der KIENBÖCK-Skala entspricht. Das Wesentliche der Modifikation besteht nun darin, daß die Fokusdosimeterdistanz variiert wird, während die Fokushautdistanz konstant bleibt. Auf einer Tabelle liest man die zu einer zu applizierenden Dosis zugehörige Fokusdosimeterdistanz ab und bestrahlt nun bis zur Teinte B des SABOURAUDschen Blättchens. Zum Ablesen der Tabletten wird die KRÜGERsche Lampe empfohlen.

E. Brinitzer-Altona.

Oberflächentherapie mit hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen speziell bei Kankroiden und bei der Hypertrichose, von A. GUNSETT-Straßburg. (Strahlenther., Bd. 5, Heft 1.) Verfasser beschreibt sechs Fälle von Hautepitheliomen, die er mit hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen geheilt. Er hält sich dabei genau an die Technik von NOGIER und REGAUD, welche empfehlen, bei 4 mm-Aluminiumfilter auf einmal die mit der Integrität der normalen Zelle noch vereinbare Maximaldosis zu geben. Dies ist die Teinte III (BORDIER) = ungefähr 40 x. Weiter teilt Verfasser einen von ihm behandelten Fall von Hypertrichosis mit. Auch hier ist er der Vorschrift von NOGIER und REGAUD gefolgt. Bei der Therapie der Hypertrichosis handelt es sich darum, die Keimschicht der Hautpapille durch eine einzige Dosis zu zerstören. Bei Anwendung eines Filters von 4 mm Aluminium liegt diese Epilationsdosis bei 35—40 x. Es tritt bei diesen Dosen nur ein Erythem auf, das ohne Schädigung abheilen und keine Spätfolgen (Atrophie, Teleangiektasiebildung) hinterlassen soll. Verfasser bestrahlte aus 18 cm Fokushautdistanz, und zwar erst das Kinn, dann jede Wange für sich. Jedes Feld bekam unter 4 mm Alum. 40 x. Zur Messung kann man dabei sehr gut die SABOURAUD-Pastille verwenden. Legt man die Tablette direkt auf die Haut und bestrahlt, bis Teinte B erreicht ist, so hat man die Dosis 40 x appliziert. Vierzehn Tage nach der Bestrahlung trat ein leichtes, dunkelrotes Erythem auf und gleichzeitig fielen sämtliche Haare aus. Nach sechs Wochen war nur noch eine geringe Pigmentierung vorhanden, die kleinen Lanugohärchen blieben erhalten. Ob nicht später doch noch Atrophie sich einstellt, muß abgewartet werden, das Bestehenbleiben der Lanugohärchen ist prognostisch günstig. Am Schluß der Arbeit erwähnt Verfasser noch einen Fall von Lupus

Digitized by Google

erythematosus, den er ebenfalls durch 4 mm Aluminium filtrierte Strahlen mit einer Dosis von 35 x behandelte. Es trat völlige Heilung ein, die auch sechs Monate nach der Bestrahlung noch standgehalten. H. Rausch-Darmstadt.

Radium und die Röntgenstrahlen in der Strahlentherapie, von W. S. Newcomer-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) Verfasser bespricht die speziellen Eigenschaften dieser zwei Strahlenarten und schildert einige damit erzielte beachtenswerte Resultate. Die Radiumbehandlung hat sich (wie bekannt) manchmal wirksam erwiesen, wo die Röntgenbestrahlung versagte, und vice versa. Bei Molen und Nävi, besonders dem Naevus flammeus, ergebe aber die Radiumbehandlung durchweg die besseren Resultate. A. Philippi-Salzschlirf.

Rotationsapparat für Radiumbestrahlung, von Weckowski-Breslau. (B. kl. W., 1914, Nr. 16.) Verfasser hat einen Apparat konstruiert, mit dem man infolge einer automatisch sich bewegenden Drehscheibe in der Lage ist, Tumoren in großer Ausdehnung zu bedecken, ohne die Präparate selbst zu verschieben. Die Befestigung des Apparates erfolgt durch Gurte in zuverlässiger Weise, so daß der Patient sich bequem frei bewegen kann. Besondere Vorzüge hat der Apparat noch bei Bestrahlung in der Tiefe liegender Tumoren, indem alle Stellen der Haut eine annähernd gleiche Strahlenbelastung erleiden. G. Heymann-Elbing.

Radium; dessen Wirkungsgebiet in der Dermatologie, von F. E. Simpson-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) Gute Resultate sind erzielt worden bei Epitheliomen, bei Lupus erythematosus und bei Angiomen, namentlich den „Portweinflecken". Verfasser bevorzugt die gefirnißten Applikatoren, teils mit metallenen, teils mit leinenen Schildern, wobei das Radiumsalz (für die vollgradige Applikation) so verteilt ist, daß 10 mg desselben auf je 1 qcm Fläche kommen. Als Blenden wurden meist solche von Aluminium oder Silber verwendet nebst einer Hülle von 5—10 Schichten von schwarzem Papier zur Aufnahme der sekundären Strahlen. Bei Epitheliomen, von denen S. etwa 40 meistens erfolgreich behandelt hat, kann man für Tumoren von 2—3 cm Durchmesser Sitzungen von einstündiger Dauer bei Viertelstärke ohne Blenden verabreichen und auf diese Weise mit fünf bis sechs Applikationen Heilung erzielen; doch ist die Verwendung einer Silberblende von 0,1 mm Dicke vorzuziehen. Desgleichen empfiehlt sich auch die Verwendung von Blenden der gleichen Art beim Lupus erythematosus. Man kann Applikatoren von $^1/_4$—$^1/_2$ Stärke wählen und die Bestrahlung im Laufe von 14 Tagen auf vier bis sechs Stunden ausdehnen. Für die Feuermale empfiehlt Verfasser öftere Wiederholungen der Bestrahlung mit Applikatoren von $^1/_{20}$ Stärke und Aluminiumblenden von 0,01 mm Dicke. A. Philippi-Salzschlirf.

Der relative Wert des Radiums in der Dermatologie, von A. F. Holding-New York. (J. Am. m. Assoc., 29. Aug. 1914.) In allgemeinen Umrissen vergleicht Verfasser das Radium mit der Röntgenbehandlung, den ultravioletten Strahlen, der elektrischen Desikkationsmethode nach Clark, der chirurgischen Encheirese und der Anwendung des Thermokauters, des Kohlensäureschnees und von chemischen Ätzmitteln in bezug auf dermatologische Läsionen wie Hauttumoren, Nävi, Lupus, Keloid usw. usw. Er hat die Verwendung von Glasröhrchen, die, mit Emanation gefüllt, 24 Stunden lang wirksam bleiben, an Stelle des Radiums in Substanz sehr brauchbar gefunden. A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht des Radiuminstitutes in London, von Hayward Pinch. (Brit. m. J., 27. Febr. 1915.) Die Resultate bei dermatologischen Fällen waren durchgehends nicht besonders befriedigend, besser war die palliative Wirkung bei inoperabeln Tumoren. H. Boas-Kopenhagen.

Digitized by Google

Die Radiumbehandlung in „The Royal Infirmary" in Edinburgh im Jahre 1914, von DAWSON TURNER. (Brit. m. J., 27. Febr. 1915.) Kasuistik, besonders von chirurgischen Fällen. Bemerkenswert ist, daß die Resultate bei Epitheliomen im Gesicht nicht besonders erfolgreich waren. H. Boas-Kopenhagen.

Theorie und Technik einer neuen Radiumtherapie nebst Mitteilungen über eine Reihe von Fällen, die während der letzten neun Monate behandelt worden sind, von W. C. STEVENSON. (Dublin M. J., 1915, S. 177—190.) Beschreibt einige technische Neuigkeiten, die zum kurzen Referat nicht geeignet sind. Ein Fall vom sehr verbreiteten Epitheliom der rechten Tonsille schwand sehr prompt während der Behandlung; zahlreiche andere Patienten sind noch in Behandlung, so daß die Resultate noch nicht beurteilt werden können. H. Boas-Kopenhagen.

Zur biologischen Wirkung des Quarzlampenlichtes, von WALTER CARL-Königsberg i. Pr. (Strahlenther., 1915, Bd. 5, Heft 2.) Verfasser hat den Einfluß der medizinischen Quarzlampe auf das Auskeimen und erste Wachstum von Weizenkörnern studiert. Es zeigte sich, daß die ultravioletten Strahlen, so wie sie für die Therapie zur Verwendung kommen, schädlich einwirken auf die Keime von Pflanzen und auf die Entwicklung der jungen Pflanzen in der ersten Zeit nach der Auskeimung. Die bestrahlte Weizensaat blieb im Wachstum ganz erheblich hinter der nicht bestrahlten Kontrollsaat zurück. Da eine Temperatursteigerung nicht in Betracht kommt (bestrahlt wurde aus 1 m Entfernung), so muß die festgestellte Schädigung des Quecksilberdampflichtes wohl allein dem chemischen Einfluß der ultravioletten Strahlen zugeschrieben werden. H. Rausch-Darmstadt.

Einige Erfahrungen mit der BACHschen Quecksilberdampflampe „künstliche Höhensonne", von HINDENBERG-Strelitz. (Allg. m. Ztg., 1914, Nr. 28 u. 29.) Besonders günstigen Erfolg hatte der Verfasser bei Alopecia areata, Akne auf Brust und Rücken, Ulcus cruris, Exkoriation neben der Nasenwurzel. Fast in allen Fällen ist die schmerzlindernde und schmerzstillende Eigenschaft der Bestrahlungsbehandlung festgestellt. Besonders geeignet erscheine für diese Behandlungsart eine Gruppe von Hautkrankheiten, Drüsenentzündungen und Knochenauftreibungen. Als Nebenbefund konstatiert der Verfasser vermehrte Diurese nach Bestrahlungen der Rückenpartien, ebenso einen günstigen Einfluß auf die Bronchien.

W. Chrzelitzer-Posen.

Verschiedenes.

Das rapide Anwachsen der Pellagra in den Vereinigten Staaten von Nordamerika ergibt sich neuerlich aus dem Berichte der Sanitätsbehörde des Staates Mississippi, wo im April d. J. 1299 Fälle gezählt wurden.

Die italienischen Ärzte, welche bislang an der alle drei Jahre stattfindenden nationalen Pellagrakonferenz in Columbia, South Carolina, U.S.A. anwesend waren, haben für heuer wegen der kriegerischen Ereignisse ihre Teilnahme abgesagt.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. TAENZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. September 1915 | Nr. 36 | Band 61

Gonorrhoe der weiblichen Genitalia interna[1]).

Von

Prof. E. Pontoppidan,
Primararzt des Rud. Bergh's Hospital in Kopenhagen.

Die Frage der Bedeutung der weiblichen Gonorrhoe, besonders der Lokalisation an Uterus und Adnexen, ist nicht sehr alt. Die Ursache war wohl teilweise eine mangelhafte Untersuchungstechnik, indem Vaginalspekulum und Vaginalexploration erst in der Mitte des vorigen Jahrhunderts in allgemeine Anwendung kamen. Deshalb wurden diese Affektionen entweder gar nicht erkannt oder doch falsch gedeutet. Von den Venerologen wurden die Endometriten und Adnexaffektionen, wenn sie überhaupt als solche erkannt wurden, nicht als Symptome und kaum als Folgekrankheiten der Gonorrhoe aufgefaßt, sondern als Unterleibsleiden von ganz anderer Provenienz. Wenn man z. B. die Krankheitsbeschreibungen in Hassings Disputatio „de colica scortorum" 1848 liest, wird man nicht darüber im Zweifel sein, daß es sich um akute Salpingiten und andere Adnexleiden handelt, aber der doch venerologisch geschulte Verfasser bringt die Fälle überhaupt nicht in Beziehung zu der Blennorrhagie, sondern sucht die Ursache in ganz anderen Verhältnissen und besonders in der ganz speziellen Lebensweise der Patientinnen. Vidal (1853) hat wenigstens ein aufkeimendes Verständnis von dem Fortschreiten der Blennorrhagie zu den Salpinges und zum Abdomen und referiert Merciers Autopsie eines an Typhus gestorbenen jungen Mädchens mit Blennorrhagie der Salpinges als Beweis für die Möglichkeit einer solchen Propagation und ihre Bedeutung für den einzelnen Fall. Die allgemeine Tragweite wurde noch nicht erkannt.

Dasselbe gilt für die Gynäkologen dieser Periode, wenngleich einzelne, wie Goupil, West u. a., den Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und Beckenleiden erwähnen, doch tun sie dies jedoch ohne rechte Überzeugung und besonderes Gewicht. Noeggerath war der erste, der seine bekannten Theorien über latente Gonorrhoe und deren große Bedeutung für die weiblichen Beckenerkrankungen (1872) publizierte; seine Ideen

[1]) Vortrag, gehalten im Kopenhagener Ärzte-Verein.

Digitized by Google

wurden von SCHWARZ, SÄNGER u. a. aufgenommen und durch mehr stringente, wissenschaftliche Untersuchungen begründet.

Es ist ganz interessant und lehrreich daran zu erinnern, wie dieser damals neue Standpunkt hier in unserem Verein 1886 verteidigt und bekämpft wurde. Der Gynäkologe F. LEVY entwickelte und verteidigte die genannten Theorien, während die Venerologen, besonders RUD. BERGH, gegen die moderne Auffassung scharfen Einspruch erhoben. BERGH war überhaupt nicht davon überzeugt, daß der Gonococcus NEISSER als der spezifische Mikroorganismus der Gonorrhoe zu betrachten sei, und konnte daher dieses problematische Kontagium als Hauptursache der Adnexleiden natürlich nicht anerkennen. Er meinte, daß diese Affektionen von ganz anderen Ursachen abhängig seien und beklagte „die unglücklichen Ehemänner, die neben dem Kreuz, das die Krankheit ihrer Gattinnen ihnen auferlegt, auch noch unverschuldete Selbstvorwürfe zu tragen hätten".

Es ist deshalb nicht zu wundern, wenn die Jahresberichte des neuen Prostitutionshospitals („Vestre Hospital", Primararzt RUD. BERGH) den Uterin- und Adnexleiden einen wenig hervorragenden Platz einräumen. Catarrhus cervicalis wurde nur verhältnismäßig selten notiert — 10 bis 20 bis 30 Fälle pro Jahr in jeder der beiden Abteilungen für eingeschriebene und „heimliche" Prostituierte — und nach Gonokokken wurde nur ausnahmsweise gesucht. Auch Adnexleiden wurden sehr selten nachgewiesen, etwa 3—6 Fälle pro Jahr.

Erst zehn Jahre später, als das Hospital einen neuen ersten Assistenzarzt bekam, der sich speziell für diese Verhältnisse interessierte und methodische Untersuchungen machte, gingen diese Zahlen stark und plötzlich in die Höhe. Da alle ankommenden Patientinnen auf Gonokokken untersucht wurden, stieg die Zahl der Fälle von Endometritis gonorrhoica auf 330 im Jahre 1898 und 426 im Jahre 1899, um sich auf dieser Höhe zu halten. Da zu derselben Zeit die Vaginalexploration, die früher nur ausnahmsweise angewandt worden, jetzt in allen geeigneten Fällen gemacht wurde, stieg die Zahl der Adnexleiden mit einem Schlage auf ca. 40 pro Jahr. Auch diese Salpingiten und Oophoriten, hauptsächlich im Hospital im Anschlusse an Zervikalgonorrhoe entstanden, hielten sich auf derselben Höhe, etwa 10—14 % im Verhältnisse zur Zervikalgonorrhoe.

Diese letzteren wurden durchgehends recht energisch mit intrauterinen Applikationen und Injektionen verschiedener Art, mit Ichthyolbougies, Lapistamponade, Atmokausis usw. behandelt. Sie wurden gewöhnlich entlassen, wenn die klinischen Symptome geschwunden und hintereinander zwei negative Resultate der mikroskopischen Sekretuntersuchung erreicht

Digitized by Google

worden waren, was durchschnittlich ca. 30 Tage auf Abteilung I (Scorta) dauerte und etwas länger auf Abteilung II (klandestine Prostituierte).

Diese Verhältnisse hielten sich recht konstant sowohl während der Zeit, da RUD. BERGH das Hospital leitete, als später, als Verfasser die Leitung übernahm. Auch veränderten sie sich nicht wesentlich, nachdem das Hospital nach 1906 mit dem Aufhören der Prostitutionsreglementierung nicht mehr Scorta aufnahm, sondern als gewöhnliches dermatovenerologisches Hospital venerische Weiber aller Art. Ich hatte als Primararzt Gelegenheit, beide Phasen zu verfolgen und zu vergleichen, und mein Eindruck war, daß die Fälle und deren Verlauf meistens unserer früheren Abteilung II entsprachen, was auch zu erwarten wäre, weil die Qualität der Kranken ziemlich dieselbe war, die wir von der Abteilung für klandestine Prostituierte kannten. Vorher und nachher mußte ich mir sagen, daß es wenig ermunternd war, konstatieren zu müssen, daß die Resultate der verschiedenen teilweise recht energischen intrauterinen Behandlungsmethoden fortdauernd wenig erfreulich waren, und daß die Adnexleiden mit zunehmender Häufigkeit auftraten — 1910 mit 24 % der Endometriten.

Diese häufigen und meistenteils mitten im Hospitalsaufenthalte und während der Behandlung entstandenen Adnexleiden mußten mich etwas bedenklich machen, um so mehr, als von gynäkologischer Seite — in einer Sitzung in Stockholm — die Venerologen direkt beschuldigt wurden, durch ihre lokalen Eingriffe die Salpingiten usw. zu provozieren. Ich mußte erwägen, ob die Resultate der intrauterinen Behandlung wirklich das eventuelle Risiko wert wären; als Beitrag zur Lösung der Frage machte ich den Versuch, im August 1911 mit aller intrauterinen Behandlung der Endometriten ganz aufzuhören, um soweit wie möglich zu erfahren, erstens ob diese Behandlung Ursache der Häufigkeit der Salpingiten sei und zweitens, ob deren therapeutische Bedeutung so groß wäre, daß sie als unentbehrlich betrachtet werden müßte.

Nach dem genannten Zeitpunkte wurden dann die Endometriten nur mit Bettruhe, täglicher Vaginalausspülung und Einlegen eines 10 %igen Ichthyol-Glyzerin-Tampons behandelt. Zum Vergleich habe ich zwei Perioden genommen, jede von $1^1/_2$ Jahren, vor und nach August 1911, somit März 1910 bis August 1911 und September 1911 bis Februar 1913 inklusive.

Um die Häufigkeit der im Anschluß an Endometriten entstandenen Salpingiten beurteilen zu können, sind aus den gesamten Fällen von beobachteten Salpingiten diejenigen eliminiert, wo die Adnexerkrankung schon bei der Aufnahme vorhanden war oder in den ersten Tagen konstatiert wurde, und es sind nur jene Fälle aufgenommen, die einige

Digitized by Google

Zeit nach der Aufnahme im Hospital in der gewöhnlichen Weise aufgetreten sind mit Erhöhung der Temperatur, Schmerzen und Empfindlichlichkeit des Abdomens und objektiv durch Exploratio recto-vaginalis konstatiert. In dieser Weise finden wir in 303 Fällen von Endometritis gonorrhoica 55 Fälle von Salpingitis oder Oophoritis. In Beziehung zur Behandlung verteilen sie sich so:

A. Intrauterine Behandlung: 157 Endometriten mit 27 Salpingiten (17,20 %).

B. Keine intrauterine Behandlung: 156 Endometriten mit 28 Salpingiten (19,18 %).

Das Verhältnis zeigt sich somit ziemlich gleich für die beiden Gruppen und kann allenfalls nicht dafür sprechen, daß die interne Behandlung größere Bedeutung als provozierendes Moment bei der Entstehung der Salpingiten hat. Das Resultat war unerwartet, indem es wohl keine der allgemeinen Auffassungen stützt und noch weniger das Postulat, daß die unmittelbare Veranlassung zu den hier referierten Versuchen bildete.

Der Umstand, daß die exspektativ behandelten Fälle relativ ebenso viele Salpingiten zeigen, kann vielleicht die Theorie in Erinnerung bringen, welche als Erklärung für das Zustandekommen der Epididymitis aufgestellt wurde. Sie entsteht z. B. nach LE FORTS Statistik häufig bei Urethriten, die nicht mit Injektionen behandelt worden waren und ebenfalls erfahrungsmäßig bei nicht behandelten Urethriten. Eben bei den unbehandelten oder weniger intensiv behandelten Fällen sollte dann die fehlende Sterilisation der Gonokokken das Eindrängen derselben in die tiefer liegenden Organe begünstigen, auch ohne mechanische Verfahren, wie Einspritzungen oder andere Applikationen. Doch spricht der Umstand, den ich gleich weiter besprechen werde, nämlich daß das Verschwinden der Gonokokken ebenso schnell durch exspektative als bei intrauteriner Behandlung erreicht wird, nicht für eine solche retardierte Sterilisation bei diesen Patienten, welche ruhig und im wesentlichen unbehandelt bei Bettruhe akute Salpingiten in derselben Weise und in relativ der gleichen Zahl bekommen wie die intrauterin behandelten.

Eine andere Erklärung konnte man vielleicht suchen in der Möglichkeit einer indirekten hämatogenen Propagation, welchen Punkt ich später berühren werde.

Wir wenden uns jetzt zum zweiten Teile unseres Themas, zu der vergleichenden Beurteilung der Heilungsresultate der beiden Perioden. Als Basis kann ja die Konstatierung einer wirklichen, definitiven Heilung nicht in Frage kommen, da diese überhaupt sehr schwierig und unter den gegebenen Verhältnissen praktisch unmöglich ist. Ich habe deshalb

Digitized by Google

als Kriterium eine „relative Heilung" aufgestellt, wenn alle klinischen Symptome geschwunden sind und die Gonokokken im Sekret an zwei aufeinander folgenden Tagen fehlen.

Daß dies keine definitive Heilung bedeutet, wissen wir alle, und ich habe selbst nachgewiesen, als das Hospital noch Prostitutionshospital war (vgl. Jahresbericht für 1904), daß von 48 Patientinnen, die aus der Hospitalbehandlung wegen Gonorrhoe mit zwei ÷ Gonokokken nach Gefängnis oder Arbeitsanstalt entlassen wurden, und die wieder in das Hospital aufgenommen wurden ohne in der Zwischenzeit auf freiem Fuß gewesen zu sein, 28 Fälle, daß ist 58 %, bei der neuen Aufnahme Gonokokken hatten.

Deshalb habe ich mich damit begnügen müssen, ein wie erwähnt näher bestimmtes therapeutisches Resultat als Basis eines Vergleiches und Maßstab für den Einfluß der Behandlung auf die Dauer der Krankheit aufzustellen.

In dieser Beziehung zeigt es sich, daß die Fälle von Endometritis gonorrhoica beider Perioden, in allem 303, während 10531 Tage oder durchschnittlich 34,76 Tage behandelt wurden. Um diese statistisch verwerten zu können, mußten selbstverständlich die Fälle eliminiert werden, die aus irgend einer Ursache entlassen sind vor Erreichung der festgestellten „relativen Heilung". Dadurch wird die Zahl auf 287 reduziert mit 9651 Krankentagen, oder in 2 Gruppen nach Art der Behandlung verteilt:

A. Intrauterine Behandlung: 149 Fälle 5106 Krankheitstage, durchschnittlich 34,37.

B. Keine intrauterine Behandlung: 138 Fälle 4545 Krankheitstage, durchschnittlich 32,21.

Die Dauer der Behandlung scheint also in den zwei Gruppen ziemlich gleich zu sein und wird allenfalls nicht als Beweis für die Notwendigkeit intrauteriner Applikationen dienen können. Vielmehr scheint die einfache Ruhestellung im Bett die verhältnismäßig besten Resultate zu geben.

Als Resultat der hier kurz referierten Versuchsreihe, die sich über drei Jahre erstreckt hat, möchte ich folgendes resümieren.

Die intrauterine Behandlung gonorrhoischer Endometriten hat kaum eine nachweisbare Bedeutung für das Auftreten von Salpingiten und anderen Adnexleiden, indem solche bei exspektativ behandelten Kranken in demselben Maß vorkommen.

Die intrauterine Behandlung hat keine Vorzüge vor der weniger eingreifenden Behandlung rücksichtlich der Erreichung therapeutischer Resultate.

Digitized by Google

Der erste Teil der gewonnenen Erfahrungen war, wie schon gesagt, nicht a priori zu erwarten, indem eine Fortleitung des infektiösen Katarrhs nach den Salpinges durch intrauterine Eingriffe wohl verständlich wäre und gewiß auch vorkommen kann. Doch dürfte es nicht häufig der Fall sein, sonst würde es in meinen Zahlen wohl einen Ausschlag gegeben haben. Es ist ja auch denkbar und möglich, daß ein größerer oder kleinerer Teil der Adnexleiden nicht per continuitatem, sondern durch hämatogene Übertragung entstehen. Die letzten Jahre haben uns ja gezeigt, daß die Gonokokkämie keinesfalls selten ist und daß eine ganze Reihe gonorrhoischer Metastasen auf diesem Wege entstehen. Daß Gonokokkämie bei Salpingiten und Oophoriten sehr oft sich nachweisen läßt, hat man und haben auch wir in Rud. Berghs Hospital gezeigt.

Der andere Teil der gewonnenen Erfahrungen bestätigt nur, was wir schon früher wußten, daß die intrauterinen gonorrhoischen Leiden äußerst refraktär gegen die Behandlung sind, gegen energische Lokaltherapie wie Atmokausis und Fritschs Lapistamponade und mildere Mittel wie Salzsäureinjektionen — vielleicht am wenigsten gegen die letztere. Auch die immer wieder auftauchenden neuen Mittel, wie Lygosinnatrium, Cusylol und viele andere tragen dazu bei, die Situation als recht verzweifelt erscheinen zu lassen.

Wir haben deshalb in den letzten Jahren nach anderen Mitteln gegriffen, die auf anderen Prinzipien beruhen und auf möglicherweise bestehende Gonokokkämie und hämatogene Bahnen Einfluß nehmen. Wir haben deshalb die verschiedenen Vakzinebehandlungsmethoden versuchsweise aufgenommen, und wenn auch unsere therapeutischen Resultate noch nicht spruchreif sind, haben sie doch zu fortgesetzten Versuchen in dieser Richtung ermuntert.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Weitere Versuche über ultraviolettes Licht, von E. Friedberger. (B. kl. W., 1914, Nr. 30). Hier interessieren die Untersuchungen über den Einfluß der ultravioletten Lichtstrahlen auf Ambozeptor, Komplement und Antigen: die ultravioletten Lichtstrahlen zerstören den Ambozeptor, und zwar ist die Intensität der Schädigung abhängig 1. vom Eiweißgehalt der Serumverdünnung, 2. von der Konzentration des Antikörpers im Serum. Komplement wird auch in hypertonischer Lösung intensiv zerstört. Bei der Einwirkung auf das Antigen erleiden gewisse Eigenschaften Veränderungen (Präzipitabilität, Toxizität). Ferner die Untersuchungen über den Einfluß der Bestrahlung mit ultraviolettem Licht unter gleichzeitiger Verwendung von Farbstoffen auf den Keimgehalt der Mundhöhle: gewisse Farbstoffe, z. B. Eosin,

Digitized by Google

in stärkeren Verdünnungen verstärken die Wirkungen des ultravioletten Lichts auf Vernichtung von Bakterien daselbst in hohem Grade. E. Klemm-Leipzig.

Über Thermopenetration, von A. Laqueur-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 9.) Nach einleitenden Worten über das Prinzip der Thermopenetration oder Diathermie und der Wirkung derselben, von der man sich etwas ganz Besonderes deswegen versprochen hatte, weil die Wärme nicht von außen her dem Körper zugeführt, sondern im Körper selbst erzeugt wird, bespricht Laqueur ganz kurz die einzelnen zurzeit im Gebrauch befindlichen Apparate. Dann erwähnt er, daß die Schädigungen, die man von Anwendung der Diathermie befürchtet hatte (z. B. die Gefahr von Thrombosenbildung bei Anwendung in der Nähe von großen Venen, oder die Gefahr vor Darmwandschädigungen bei Anwendung an Bauchorganen usw.), bisher, abgesehen von leichten Hautverbrennungen, nicht beobachtet worden seien. Umgekehrt sind allerdings auch nicht alle Erwartungen, die man an die Thermopenetration geknüpft hatte, in Erfüllung gegangen. Abgesehen von der schmerzstillenden Wirkung bei Gelenkaffektionen, Muskelrheumatismus, hartnäckigen gonorrhoischen Tarsalgien, tabischen Schmerzen, Blasenkrisen und vielen anderen nicht direkt in unser Spezialfach gehörenden Erkrankungen haben für uns besonders folgende Erfahrungen große Bedeutung: die Versuche, bei frischer Blennorrhoe oder akuten, gonorrhoischen Nebenhodenentzündungen durch Thermopenetration die Gonokokken im lebenden Gewebe abzutöten, sind leider mißlungen. Dagegen sind gute Erfolge zu verzeichnen bei subakuten und älteren gonorrhoischen Erkrankungen der männlichen Genitalien, speziell bei Periurethralinfiltraten, Prostatitis, Cowperitis und bei älteren Nebenhodenentzündungen; hier besonders durch Beförderung der Geschwulstrückbildung, die eventuell für die Prophylaxe der männlichen Sterilität eine große Rolle spielen könnte. Kurz erwähnt sei die Sensibilisierung für die nachfolgende Röntgenbestrahlung durch Diathermie, welche bei der Karzinomtherapie eventuell sehr gute Wirkungen zeitigen könnte. Zum Schluß noch die von de Forest zuerst angewandte unipolare Kaltkauterisation, die sich zur Entfernung operabler Geschwülste, die nicht gerade innerhalb einer der drei großen Körperhöhlen gelegen sind, vorteilhaft verwenden lassen wird. In der Dermatologie hat dieses Verfahren bereits erfolgreiche Anwendung gefunden bei der Behandlung von Hautwarzen, Angiomen, Nävi, Tätowierungen und Lupusknötchen. Der Vorzug des Kaltkauters besteht in der exakten Dosierbarkeit, in der Möglichkeit, namentlich die kauterisierende Wirkung zu sistieren und das Instrument vor Einschaltung des Stromes, d. h. kalt, an eine tief gelegene Applikationsstelle zu bringen. O. Lasch-Breslau.

Über Diathermie, von Ludwig Mann-Breslau. (B. kl. W., 1914, Nr. 17.) Verfassers Ausführungen bezwecken, eine Übersicht über die bisher gewonnenen Erfahrungen mit der Diathermie und die Aussichten zu geben, die dieses Verfahren für die Zukunft zu bieten scheint. Wir haben es bei der Diathermie mit einer therapeutischen Anwendungsform der Elektrizität zu tun, die ganz wesentlich verschieden ist von den elektrotherapeutischen Methoden im alten Sinne; wir führen dabei die elektrische Energie dem menschlichen Körper in einer Form zu, welche sehr greifbare physikalische und physiologische Effekte im Körper erzielt. Mit Recht können wir demnach gewisse therapeutische Wirkungen von dieser Methode erwarten. G. Heymann-Elbing.

Beitrag zur Verwertung von Dermotherma, von Walter Isbarg-Templin. (M. Kl., 1914, Nr. 14.) Die günstige Wirkung des Dermotherma bei kalten Füßen hat den Verfasser veranlaßt, dasselbe in einigen Fällen anzuwenden, in denen nach operativen Eingriffen an den Extremitäten infolge von Zirkulationsstörungen ein für

Digitized by Google

die Patienten sehr lästiges Kältegefühl bestand. Die guten Erfolge, die ISBARG in zwei Fällen erzielt hatte, legten es ihm nahe, den vorliegenden kasuistischen Beitrag zu liefern. O. Lasch-Breslau.

Die Adhäsoltherapie in der Chirurgie und Dermatologie. Vorläufige Mitteilung von DREUW. (Allg. m. Zztg., 1913, Nr. 10.) Das Adhäsol, nach einem von D. (ohne Kautschukzusatz) angegebenen Verfahren, bildet eine ziemlich feste, beinahe harte, weißlich-gelbliche, geruchlose, kohärente, sterile, klebrige Substanz, die mittels eines Spatels sich schon durch die Wärme der Haut zu einem festklebenden Seifenpflaster aufstreichen läßt. Die Vorzüge sind nach D. namentlich die Vereinfachung des Verbandes und die größere und schnellere Wirkung der inkorporierten Medikamente bei granulierenden Wunden und chronischen Ekzemen. Der größte Vorteil soll jedoch sein, daß die differentesten Körper, z. B. 20%ige Pyrogallol-, 10%ige Chrysarobinkompositionen usw. ihre Reizwirkung zum größten Teil verlieren. E. Brinitzer-Altona.

Über Afridolseife, von BERNHEIM. (B. kl. W., 1914, Nr. 32.) Verfasser hat die Afridolseife sowohl auf ihre chemisch-bakteriologischen Eigenschaften, als auch auf ihre klinische Verwendbarkeit geprüft mit dem Ergebnis, daß das Präparat allen Anforderungen entspricht, die man an eine gute Hg-Seife theoretisch zu stellen berechtigt ist, aber auch praktisch das hält, was therapeutisch von ihr zu erwarten steht und in ihrem Indikationsgebiet gute Erfolge erzielt. Letzteres bilden oberflächliche Staphylokokkosen (impetiginöse Affektionen der Gesichtshaut, der Bartgegend und des Kopfes, Akne), Pilzerkrankungen mit oberflächlichem Sitz der Krankheitserreger (Pityriasis versicolor, Erythrasma, oberflächliche Trichophytie), Seborrhoea capitis oleosa, Phthirii, Pediculi capitis. E. Klemm-Leipzig.

Die Verwendung von Borsäure bei Hautkrankheiten, von D. W. MONTGOMERY-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 11.) Die Borsäure verdient nach M.s Erfahrungen einen weit ausgedehnteren Gebrauch, als ihr zurzeit im allgemeinen zuteil wird. Bei Akne, Impetigo contagiosa, Ulcus cruris, Furunkulose u. a. leistet sie als ein kalmierendes, mildes Antiseptikum vorzügliche Dienste. Sehr brauchbar, wenn auch nicht allgemein bekannt, sind die Borsäurestärkeumschläge. Man nimmt dazu die gewöhnliche Stärke des Haushalts und zerdrückt dieselbe zu einem Pulver; ein mäßig gehäufter Eßlöffel voll dieses Pulvers wird mit zwei Eßlöffeln kaltem Wasser angerührt und nach erfolgter Mischung darauf mit einer Tasse kochendes Wasser unter stetigem Rühren versetzt, bis ein dicklicher Brei entsteht. Hierzu fügt man einen Eßlöffel voll fein verriebene Borsäure, mischt gründlich und legt die Masse in etwa Fingerdicke auf die zu behandelnde Stelle auf.

A. Philippi-Salzschlirf.

Beitrag zur Eisenwirkung. Ein Versuch, die Unterschiede in der Wirkung der Eisenpräparate zu erklären, von JOHANNES TREBING-Berlin. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther., Bd. 16.) Nach Ansicht T.s ist Eisentropon sowohl bei Chlorose als auch Anämie ein energisch wirksames Heilmittel, da es nicht nur — wie jedes dem Körper zugeführte medikamentöse Eisen — stets resorbiert, sondern außerdem in gleicher Weise wie das natürliche organische Nahrungseisen auch assimiliert wird.

O. Gans-Freiburg i. Br.

Die Anwendung des Elarsons, eines neuen Apparates in der Dermatologie, von G. SCHERBER-Wien. (W. m. W., 1913, Nr. 36, S. 56—59.) Es handelt sich um eine Verbindung der Stearolsäure oder Behenolsäure. Das Elarson enthält ca. 13% Arsen und 6% Chlor. Es kommt in Flakons, welche 50 Tabletten, jede à 0,5 mg As enthalten, zum Verkauf. Entsprechend der bei As üblichen Dosierung

Digitized by Google

wurde es bei Fällen von Psoriasis, Ekzem der Gelenkbeugen, Lichen ruber, verrucae planae, Pemphigus vulgaris angewandt. Neben der guten medikamentösen Wirkung wird die Verträglichkeit des Mittels und seine Geschmacklosigkeit hervorgehoben.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Klärung der Embarinfrage, von H. Renz-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 47.) Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß Embarin sowohl was die Bekömmlichkeit wie die Wirkung betrifft, mit zu den besten unserer Hg-Präparate gehört. Die örtlichen Schmerzen bei der Einverleibung des Mittels sind ganz minimal, Infiltrate sehr selten; Nebenerscheinungen wurden nur bei drei Patienten in stärkerem Grade beobachtet. Die Einzeldosis beträgt 2—3 ccm 3%iger wässeriger Lösung.

E. Klemm-Leipzig.

Toxische Nebenerscheinungen des Embarins, von A. Pasini-Mailand. (M. m. W., 1914, Nr. 33.) Eine 70jährige Frau mit einer ausgedehnten geschwürigen Gummigeschwulst am Bein und stark positivem Wassermann erhielt sechs Einspritzungen von je einer Phiole Embarin intramuskulär mit gutem Erfolg und zunächst ohne erkennbaren Nachteil. Die Einspritzungen wurden jeden zweiten Tag gegeben, und irgend eine andere Medikation war nicht vorhergegangen. Am 14. Tage der Behandlung wurde über Übelsein und Kopfweh geklagt, und es bestand Fieber bis zu 38° C. Zugleich trat eine fleckige Rötung mit Ödem ziemlich am ganzen Körper hervor. Die abnormen Erscheinungen steigerten sich noch am folgenden Tage, vergingen aber bis zum fünften Tage vollständig. Der syphilitische Lokalprozeß hatte sich während dieser Zeit noch weiter gebessert. A. Philippi-Salzschlirf.

Praktische Erfahrungen mit Grotan, von Dieckmann-Charlottenburg. (M. Kl., 1914, Nr. 7.) Grotan ist ein Chlor-Kresolpräparat, das in rosa Tabletten in Packungen von 12 Stück à 1,0 g in Aluminiumröhrchen von der Firma Schülke & Mayr in den Handel gebracht wird. Für die physiologischen und chemischen Eigenschaften des Grotan verweist der Verfasser auf die Arbeiten von Schottelius und Pallesen. Er selbst begnügt sich, ganz kurz folgendes mitzuteilen: die Tabletten lösen sich sehr schnell in warmem, langsamer in kaltem Wasser; die Lösungen sind schwach rosa gefärbt, durchsichtig und mit einem leichten Kresolgeruch, der aber ebensowenig wie die Farbe den Händen des Arztes anhaftet; ferner greifen dieselben weder die Hände des Operateurs noch die Instrumente an. Dieckmann behauptet, die Gewißheit zu haben, daß nach fünf Minuten langem Liegen der Instrumente in 1%iger Grotanlösung man wohl ebensogut wie mit ausgekochten Instrumenten arbeiten könnte; ja, er hat selbst in sehr eiligen Fällen (Verblutungsgefahr bei Aborten usw.) mit Instrumenten gearbeitet, die er nur zwei Minuten mit Grotanlösung gebürstet hatte und hat in keinem dieser Fälle jemals nachträgliche Temperaturerhöhungen erlebt. In Fällen von eiternden Wunden verwendete Dieckmann pulverisiertes Grotan, indem er den dritten Teil einer zerstampften Tablette direkt auf die Wunden brachte und das Wundsekret als Lösungsmittel benutzte; er hat dabei nie Reizerscheinungen beobachtet und war überrascht, wie schnell die Wunden sich reinigten. O. Lasch-Breslau.

Die therapeutische Wirkung des Jods, von James W. Jobling und William Petersen. (Arch. of intern. M., 1915, Bd. 15, S. 286.) Obgleich das Jod sowohl in Form anorganischer wie organischer Verbindungen eine ausgebreitete Anwendung findet, ist nach Ansicht der Verfasser für den Mechanismus seiner Wirkung noch keine allgemein befriedigende Erklärung gefunden worden. Was die Wirkung speziell bei tertiär luetischen Veränderungen angeht, die neben tuberkulösen Prozessen ausführlichere Besprechung finden, so legen sich Jobling und Petersen zwei Fragen vor:

Digitized by Google

1. Zerstört das Jod das Virus, oder 2. bringt das Jod nur den syphilitischen Herd zur Resolution, ohne aber weitere Schädigungen durch die Spirochäten zu verhindern? Da experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen gezeigt haben, daß die erste Frage in verneinendem Sinne zu beantworten ist, so beruht die Heilwirkung der jodwasserstoffsauren Salze nicht auf einer Vernichtung der Spirochäten, sondern auf einer Resolution der Syphilome. Die Resolution wird der autolytischen Wirkung eines Fermentes (Trypsin) zugeschrieben. In den syphilitischen Herden wird das Ferment an der vollen Entwicklung seiner Wirkung durch das Antitrypsin verhindert. Das Antitrypsin ist eine Vereinigung eines Lipoides mit ungesättigter Fettsäure oder diese Fettsäure selbst. Wie die Verfasser experimentell bewiesen zu haben glauben, kommt die häufig so frappante Jodwirkung bei tertiär-luetischen Prozessen (Syphilomen) derart zustande, daß die ungesättigten Fettsäuren, welche die Autolyse, Erweichung, Auflösung und Resorption inhibieren, durch das Jod chemisch (d. h. durch Addition) saturiert werden. Diese Erklärungsweise findet eine Stütze in der Feststellung von O. Löb, daß syphilitische Läsionen selektiv Jodide aufnehmen, und in der vielfach akzeptierten Annahme, daß das Jod aus seinen Verbindungen im Körper in Freiheit gesetzt werden kann und dadurch (in statu nascendi) reaktionsfähig wird. Jobling und Petersen resümieren ihre Vorstellung von der Wirkung der Jodide bei tertiärer Syphilis kurz so: Das Jod neutralisiert die Wirkung der Substanzen, welche der Verflüssigung und Resorption der Gummiknoten im Wege stehen. Das reaktivierte Ferment löst die Syphilome und macht die vorher im Gewebe geschützten, nunmehr in Freiheit gesetzten Spirochäten den natürlichen und künstlichen (Hg, Salvarsan) Heilfaktoren zugänzlich. (Diese Erklärung wird von den Verfassern mutatis mutandis auch auf tuberkulöse Prozesse angewandt und läßt sowohl die bei Jodkalitherapie gelegentlich auftretenden Hämorrhagien wie auch die zuweilen beobachtete Disseminierung von Tuberkelbazillen verständlich erscheinen.) Taxis.

Unterschiede in der Ausscheidung und Ausnutzung des Jods, von Moos-Berlin-Schöneberg. (Allg. m. Ztg., 1913, Nr. 19.) Nach den Untersuchungen des Verfassers wird Jodkali zu 60—70% in anorganischer, zu 10% in organischer Form im Urin ausgeschieden. Bei Jodtropon dagegen findet sich die gesamte eingenommene Jodmenge in organischer Form im Urin wieder, während nur ca. $^1/_2$% in anorganischer Form auftritt. Verfasser ist der Meinung, daß der Prozentgehalt an organischem Jod ein Maßstab für die Wirksamkeit eines Jodmedikaments sei und daß, je weniger anorganisches Jod im Urin ausgeschieden werde, desto weniger leicht Jodismus auftrete. O. Valentiner-Leipzig.

Über intravenöse Jodtherapie, von F. Klemperer. (Ther. d. Gegenw., März 1915.) Verfasser hat seit Monaten über 100 intravenöse Jodinjektionen gemacht und dabei gewöhnlich 5—10 g, in schweren Fällen 15 und 20 g Jodnatrium, versuchsweise bei einigen Paralytikern auch 30, 40 und 50 g stets in 10%iger Lösung in die Vene einfließen lassen. Die Injektionen sind absolut schmerzlos, wurden meist 2—3mal wöchentlich wiederholt, ernstere Störungen wurden nicht beobachtet. Die Erfolge bei verschiedenen Luesfällen waren sehr gut, besonders geeignet scheine die Aortenlues zu sein. W. Haas-Hamburg.

Die Vermeidung der Nebenwirkungen bei Brom- und Jodkuren durch gleichzeitige Kalkabgaben, von Ernst Frey-Marburg. (M. Kl., 1914, Nr. 9.) Die Jod- und Bromsalze sind für unser therapeutisches Arsenal unentbehrlich geworden; die entzündlichen Erscheinungen von seiten der Haut und Schleimhaut, die bei der Zufuhr von Bromsalzen in Akneepusteln, nach Jodsalzen in Schnupfen, Konjunktivitis, ja Katarrhen der oberen Luftwege oder ebenfalls Hautreizungen bestehen, müssen wir dabei mit in

Digitized by Google

den Kauf nehmen, bis uns das Bestreben, Gegenmaßnahmen zu finden, geglückt ist. In der vorliegenden Arbeit erwähnt FREY den Antagonismus, der zwischen den Kalksalzen einerseits und den Jod- und Bromsalzen andererseits sich z. B. am Muskel beobachten läßt, und empfiehlt nach seinen theoretischen und praktischen Erfahrungen zur Vermeidung der entzündlichen Haut- und Schleimhauterscheinungen bei Brom- und Jodkuren Calcium bromatum resp. jodatum zu verordnen. Dabei muß man in Betracht ziehen, daß diese Kochsalze stark hygroskopisch und daher in Lösungen zu verordnen sind. Lokal empfiehlt FREY die Hautsymptome mit einer Salbe von 10% Calcium chlorat. in Vaseline oder Lanolin oder Kalkwasser mit Erdnußöl zu gleichen Teilen zu behandeln; dabei aber per os neben ausreichenden Gaben Kochsalz zur beschleunigten Ausscheidung des Broms Kalk zu verabreichen und zwar am besten Calcium chlorat. d. h. eine Solution von Calcium chlorat. crystallisat. 30,0, Aqu. dest. ad 150,0. M. D. S. dreimal täglich ein Eßlöffel (d. i. 1,0 g wasserfreies Calcium chloratum) in einem Glase Wasser zu nehmen. Unter der von ihm angegebenen Literatur empfiehlt FREY besonders die Arbeit von KAYSER (Übersichtsreferat über die Bedeutung der Kalksalze. B. kl. W., 1913, Nr. 49). O. Lasch-Breslau.

Klinische Erfahrungen mit dem Jodeiweißpräparat Testijodyl, von LÉNARD-Budapest. (W. m. W., 1914, Nr. 33, S. 1900.) Das Testijodyl stellt ein Jodeisenpräparat dar, welches frei von unangenehmen Nebenwirkungen gegen anämische Zustände im allgemeinen, im besonderen gegen solche luetischer Natur empfohlen wird.
H. Vörner-Leipzig.

Über die Gefährlichkeit der innerlichen Joddarreichung bei Quecksilberanwendung am Auge. Besteht ein Unterschied für verschiedene Jodpräparate, von GRUMME-Fohrde. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1914, Bd. 77, H. 5/6.) Der Verfasser bedient sich bei seinen Versuchen der Präparate Jodkali, Jodostarin und Jodtropon und kommt zu folgendem Ergebnis: Nach dem Einnehmen von Jodkali wird Kalomel im Bindehautsack stets rasch gelb; nach Jodtropon bleibt Kalomel weiß oder wird, bei höherer Jodgabe, nur schmutzig, nicht gelb. Die nach Jodtropon auftretenden Entzündungserscheinungen sind bei gleicher Jodgabe weniger schwer; sie haben weniger Neigung in die Tiefe zu gehen und bilden sich eher zurück. In der Tränenflüssigkeit bildet sich aus anorganischem Jod und Quecksilberchlorür ebenso prompt Quecksilberjodid wie im Urin. Die Menge des nach dem Einnehmen von Jodtropon in der Tränenflüssigkeit ausgeschiedenen anorganischen Jods ist prozentualiter so gering, daß erst bei höherer Jodgabe eine Verätzung der Konjunktiva und Kornea eintritt. Es besteht somit die Möglichkeit, daß bei örtlicher Anwendung von Quecksilber am Auge die Verordnung von Jodtropon in den üblichen kleinen Dosen nicht kontraindiziert ist.
W. Chrzelitzer-Posen.

Die Behandlung mit Kohlensäureschnee, von Dr. J. NOVOTNÝ-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 26.) In der dermatologischen Klinik JANOVSKÝ in Prag wurden mit Kohlensäureschnee bei den verschiedenen Arten des Nävus, bei Lupus erythematosus, Ulcus rodens, Lupus vulgaris sehr befriedigende Erfolge in kosmetischer Hinsicht erzielt. Er hat vor Chloräthyl den Vorzug, daß seine Wirkung bei gleichzeitiger Anwendung von Druck viel intensiver ist; er ist ferner billiger als flüssige Luft, und seine Anwendung ist einfach und ungefährlich. Zur Anwendung kam teils die Originalmethode von PUSEY: komprimierter Schnee, teils ein Gelee aus Kohlensäureschnee und Schwefel. G. Mühlstein-Prag.

Über die Anwendung der zehnprozentigen Protargolsalbe, von RUDOLF REISSMANN-Brünn. (W. m. W., 1913, Nr. 28.) Verfasser hat 10%ige Protargolsalbe als anti-

Digitized by Google

septisches, sekretionsbeschränkendes, mildes Ätzmittel bei geschwürigen Prozessen mit gutem Erfolge verwendet. O. Valentiner-Leipzig.

Über den Einfluß des Quecksilbers, namentlich des eingeatmeten, auf die Lungen von Versuchstieren. Mit einem Abschnitt über die Lungengefäßnerven, von G. Ricker und W. Hesse-Magdeburg. (Virch. Arch., 1914, Bd. 217, H. 2.) Bei seinen Versuchen wandte der Verfasser drei Methoden an, um durch eine Quecksilbervergiftung die Lungen, Nieren und Darmveränderungen zu studieren, durch Inhalation, Injektion und durch Fütterung mit quecksilberhaltiger Nahrung. Durch Inhalation kam er zu folgenden Schlüssen: der Lungenbefund bei Mäusen, die ununterbrochen eine quecksilberdampfreiche Luft eingeatmet haben, ist je nach der Dauer der Einwirkung verschieden. Nach 15 Stunden waren die Lungen unverändert, nach 30 Stunden stellt sich eine fleckig verteilte, schwerste Hyperämie mit Ödem ein, die nach fünf Tagen über die ganze Lunge ausgedehnt war. In diesem Zustande sind der Ödemflüssigkeit rote Blutkörperchen beigemengt. Bei den Injektionsversuchen ergibt sich die Lebensdauer von der Höhe der injizierten Dosis abhängig. Die Nieren sind regelmäßig durch Epithelnekrose in Rinde und Grenzzone verändert. Aus dem Befunde an den durch Fütterung vergifteten Tieren ergibt sich, daß nach einer Lebensdauer von 3—5 Tagen in den Lungen umschriebene Bezirke mit schwerster Hyperämie und Blutung auftreten, während Nieren und Darm unverändert bleiben. Die Gegensätze zwischen den einzelnen Tieren sind weniger scharf. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Ausscheidung des Quecksilbers bei der Behandlung mit Quecksilberpräparaten, von A. Záhoň-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 39.) Nach Inunktionen läßt sich schon innerhalb der ersten 24 Stunden Hg im Harn nachweisen; seine Menge steigt langsam, um nach Aussetzen der Inunktionen wieder allmählich abzunehmen. Nach Embarininjektionen wird am ersten Tage die Hauptmenge des Hg durch den Harn ausgeschieden, und während der folgenden Tage sinkt die ausgeschiedene Menge. Mit jeder Injektion nimmt das Durchschnittsniveau zu. Doch kommt es auch vor, daß die ausgeschiedene Hg-Menge während der Behandlung auf ein Minimum sinkt, ohne nach einer neuerlichen Injektion zuzunehmen. Es scheint dem Verfasser, daß von dem Embarin-Hg rasch eine genügende Quantität resorbiert wird, daß sich aber seine Wirksamkeit rasch erschöpft. Damit stünde die klinische Erfahrung im Einklang, daß nach Embarininjektionen ein rascher Rückgang der Symptome eintritt, daß aber sehr bald Rezidive auftreten. G. Mühlstein-Prag.

Stomatitis mercurialis, von Eugen Brodfeld-Krakau. (M. Kl., 1914, Nr. 12.) Die sehr unerwünschte Erscheinung einer Stomatitis mercurialis, die uns zur Unterbrechung eingeleiteter luetischer Kuren zwingen kann, ist sicher durch das Hg veranlaßt, aber wohl nur bei Individuen mit prädisponierenden Verhältnissen, wie Konstitutionsanomalien, Diabetes, Magenstörungen und mangelhafter Mundpflege. Ob man nach Almkvist an eine schädliche Wirkung des in der Mundhöhle sich bildenden Schwefelquecksilbers oder nach Le Blaye an eine Spirillose glaubt, sicher ist die enorme Bedeutung einer sorgfältigen und gründlichen prophylaktischen Mundpflege. Dieselbe muß in einem dreimal täglich nach den Mahlzeiten vorzunehmenden Bürsten mit einer weichen Bürste und peinlicher Entfernung der Speisereste zwischen den Zähnen, sowie häufig wiederholten Ausspülungen des Mundes und Pinselungen des Zahnfleisches bestehen; die hierfür empfehlenswerten Mittel sind bekannt. Rauchen verbieten oder stark einschränken! Ist eine Stomatitis eingetreten, so muß mit Spülungen des Mundes usw. fortgefahren werden und das Zahnfleisch 1—2mal am Tage mit Jodtinktur oder 5%igem Arg. nitr. oder 5%iger Chromsäurelösung gepinselt werden.

Digitized by Google

Auch Sublimat $^1/_{4000}$ hat bei Spülungen gute Dienste geleistet. Aidry hat 3—4 mal täglich eine Tablette Theobromin mit gutem Erfolge nehmen lassen. O. Lasch-Breslau.

Beitrag zur Kenntnis der nichtgewerblichen chronischen Hg-Vergiftung, von M. Friedmann-Mannheim. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 52, H. 1—2.) Die vorliegende Arbeit ist wegen der Schilderung der Symptome der chron. Hg-Vergiftung sehr interessant, steht aber — da solche Fälle chronischer Hg-Vergiftung bei antiluetischer Therapie kaum vorkommen dürften — in zu losem Zusammenhange mit unserer Spezialität, um hier referiert zu werden; doch sei die Lektüre empfohlen.

O. Lasch-Breslau.

Zwei Fälle akuter Quecksilbervergiftung, von Morlot und Zuber. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 19.) W. Lutz-Basel.

Über die Giftwirkungen von Rhus toxicodendron (Giftsumach) und der Primula obconica nebst Bemerkungen über Rhus vernicifera, von E. Rost-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 3, 4, 5.) Das Auftreten von Dermatitiden nach direkter oder indirekter Berührung mit Pflanzen ist besonders bekannt von folgenden drei Gruppen: 1. Rhus toxicodendron (Giftsumach), der besonders in Amerika vorkommt; eine Gruppe von Giftsumachsträuchern befindet sich im Botanischen Garten in Berlin-Dahlem. 2. Rhus vernicifera, der japanische Lackbaum, von dem Exemplare im Senkenbergschen Botanischen Garten in Frankfurt a. M. vorhanden sind. 3. Die Primula obconica, die sehr verbreitet ist. Rost konnte seine experimentellen Untersuchungen über die Art des Giftes, den Sitz und die Verbreitung desselben außer bei der überall eingebürgerten Primel an den beiden erwähnten Orten resp. dort gewonnenem Material anstellen. Er gibt erst eine sehr eingehende Beschreibung der Pflanzen, die im Original nachzulesen ist. Pathognomonische Kennzeichen sind der Rhusdermatitis nicht eigen; sie tritt nie unmittelbar nach der Berührung auf, sondern es vergehen Stunden, bisweilen Tage, ehe sie in Erscheinung tritt; sie kommt in jedem Lebensalter und an jeder Körperstelle vor, besonders an den unbedeckt getragenen und an den äußeren Genitalien. Allgemeinerscheinungen gehen der Erkrankung nicht voraus; während derselben kommt es bei schweren Graden zu enormem Juckreiz, der zu Unruhe, Schlaflosigkeit mit eventuell leichtem Fieber führen kann. Als Ursache der Rhusdermatitis kann man wohl Exhalationen, giftige Gase, flüchtige Alkaloide oder Säuren annehmen; die Annahme, daß vom Winde abgelöste Drüsenhärchen — analog wie bei der Primula obconica — den Giftstoff enthalten, ist schon dadurch hinfällig, daß auch nach dem Berühren der Wurzeln, die gar keine Trichome enthalten, eine Dermatitis entstehen kann. Bei der Primula obconica ist der Giftstoff in dem Sekrete der alle überirdischen Pflanzenteile bedeckenden Härchen enthalten und kann direkt durch Berührung mit der Pflanze oder indirekt durch die Berührung von Gegenständen, an denen das lange wirksame Gift haftet, wie Blumentopf, Schere, Gießkanne usw. übertragen werden. Von dem klinischen Bilde der Primeldermatitis gilt dasselbe wie von der Rhusdermatitis, nämlich, daß es nichts Charakteristisches hat und am ehesten einer Erysipelas mit Ekzem gleicht. Beim japanischen Lackbaum gleichen die Trichome und Haargänge denen des Giftsumachs, und ebenso bietet die durch die Berührung mit denselben hervorgerufene Dermatitis dasselbe wenig charakteristische Bild wie die Giftsumachdermatitis. Dann gibt Rost einen Überblick über das Zustandekommen der Dermatitis resp. über die Wege, auf denen die toxischen Substanzen der drei Pflanzen auf den Menschen übertragen werden, und berichtet über die zur Ergründung dieser Frage vorgenommenen experimentellen Untersuchungen. Dabei gelang es ihm festzustellen, daß die Ursache der Giftigkeit des Rhus toxicodendron einzig und allein die Harzemulsion ist, und daß eine flüchtige Berührung mit dem Giftsumach nicht zur Erzeugung einer Dermatitis

Digitized by Google

genügt, sondern daß Harzsaft auf die Haut gelangen muß. Für die weiteren Details der umfangreichen Arbeit sei auf das Original verwiesen, und hier nur noch aus dem eigenen Resümee der Verfassers einige Punkte zitiert: Trotz des verschiedenen Sitzes des Giftstoffes der Rhus und Primelarten zeigen die durch sie erzeugten Hautentzündungen (Dermatitis venenata) im Modus der Entstehung und nach Art, Ausbreitung und Verlauf vielfache Ähnlichkeit. Der Giftstoff richtet sich ausschließlich auf die Hautgefäße; spezifische Allgemeinerkrankungen sind nicht bekannt. Der Giftstoff ist nicht flüchtig und behält lange seine Wirksamkeit; er kann jedoch nicht par distance, sondern nur durch direkten oder indirekten Kontakt übertragen werden. Gegen die Primeldermatitis kann man sich schwer schützen, wohl aber gegen die Rhusdermatitis; letztere pflegt, weil an den Bruchstellen immer größere Mengen von dem giftigen Harz sitzen und auf einmal an die Haut gelangen, ein schwereres Bild zu bieten als die Primel dermatitis. Ob es besondere Disposition oder eine Immunität gegen die Giftstoffe gibt, ist bisher nicht festgestellt; dieselben sind in Alkohol, Äther und Terpentin löslich; daher empfiehlt Rost unmittelbar nach einer Infektion gründlich mit heißem Wasser und Seife die betreffenden Stellen zu reinigen und dann Alkoholumschläge zu machen, am besten mit alkoholischer Bleizuckerlösung (gesättigt). Im ersten Stadium keine Salbentherapie. O. Lasch-Breslau.

Seife, Creme und Puder in der Kosmetik, von E. Damman-Charlottenburg. (Fortschr. d. M., 1914, Nr. 32.) Der Verfasser geißelt zunächst die Neigung auch gutsituierter Frauen, mehr auf den billigen Preis und eventuell aufdringliches Parfüm als auf gute Qualität zu sehen. Die billigen Seifen enthalten meist sehr viel überschüssiges Alkali, das bei dauerndem Gebrauche der Seifen sehr bald eine Ätzwirkung auf die oberste Epidermisschicht entfaltet und zu zirkumskripten Rötungen und Pustelbildungen Anlaß gibt. Ebenso verurteilt er den dauernden Gebrauch von medikamentösen Seifen (meist Teer- und Schwefelseifen) von seiten der Laien ohne sachverständigen Rat. Überhaupt muß auf die vernünftige Anwendung richtiger Seifen auch bei Individuen mit gesunder Haut geachtet werden. Die Verordnung der geeigneten Seife für Patienten mit Akne usw. bedarf eines besonderen Studiums. Damman ist ein Gegner des Waschens ohne Seife, was er nur gelegentlich bei starker Reizung der Haut für einige Tage für zulässig hält. Er empfiehlt von den überfetteten Seifen besonders die überfettete Mitinseife. Für das Einfetten des Körpers bei fettarmer Haut ist Mitincreme, die tief in die Haut eindringt, sehr brauchbar und zwar genügen im allgemeinen kleine Mengen (nur bei rissigen Händen dick einreiben und Handschuhe überziehen). Auch unter den verschiedenen Arten von Pudern tritt der Verfasser besonders warm für Mitinfettpuder auf, der 20% Mitin enthält und gut haftet, ohne zu sehr auszutrocken. O. Lasch-Breslau.

Die Verwendung des Spiritus bei Hautkrankheiten, von F. Hammer-Stuttgart. (Württ. Korr. Bl., 1913.) In drei Formen kommt der Alkohol zur Verwendung: Waschung, Umschlag und örtliches Bad. Indikationen sind Hyperidrosis pedum, Foetor axillaris, Erytrasma, Ekzeme, Pruritus, Hämorrhoiden, vesikulöse, bullöse, pustulöse Dermatosen, Sycosis parasitaria, Verbrennungen, Pemphigus. H. Vörner-Leipzig.

Der Gebrauch des Salvarsans bei nichtsyphilitischen Erkrankungen, von William H. Best-Brooklyn. (J. Am. m. Assoc., 1. Aug. 1914.) Best bespricht eine Anzahl mit Salvarsan behandelter Krankheiten und teilt sie nach den Resultaten in folgende Gruppen ein. Krankheiten, die von Salvarsan in keiner Weise beeinflußt werden: A) Karzinom, Kankroid, Erythema multiforme, Hodgkins Krankheit, Psoriasis, Rhinosklerom, Scharlachfieber, Sarkom, Trichinose, Trypanosomiasis. Zur Psoriasis bemerkt Best, daß vielleicht öfter wiederkehrende intramus-

Digitized by Google

kuläre Injektionen zufriedenstellendere Resultate ergeben können, als sie bis jetzt durch 1—2 intravenöse Injektionen erzielt worden sind. Gruppe B): Krankheiten, bei denen die Resultate der Salvarsanbehandlung unbestimmt sind, d. h. daß in manchen Fällen Besserungen und Heilungen zu verzeichnen sind, in anderen wieder völlig negative Resultate: Anämie, Keratosis follicularis, Lichen planus, Mykosis fungoides, Pemphigus, Pellagra, Pityriasis rubra, Tuberkulide, Aleppobeule, Lepra, Lupus vulgaris, Tuberkulose. So kommt bei Lepra eine deutliche, wenn auch nur temporäre Besserung vor. — C): Krankheiten, bei denen übereinstimmend Besserung oder Heilung durch Salvarsan erzielt wurde: 1. solche, deren Ätiologie bekannt ist: Filaria-Erkrankungen, Rekurrens, Framboësie und die Vincentsche Angina, Dysenterie, Anthrax, Malaria. 2. Krankheiten mit unbekannter Ätiologie: Acanthosis nigricans, Chorea, Duhrings Krankheit, Skorbut, Ulcus tropicum, Pocken und Verrucae planae. Bei der letzten glaubt Best, daß der Erreger eine Spirillenform sein dürfte. Schlußfolgerungen: 1. Salvarsan wirkt spezifisch auf alle Krankheiten, die durch eine Spirillenform verursacht werden. 2. Salvarsan hat heilende Eigenschaften in allen Krankheiten, bei denen der infizierende Organismus im Blut, in der Lymphe oder an anderen leicht zu erreichenden Stellen gefunden wird. 3. Salvarsan hat großen therapeutischen Wert bei Krankheiten, die durch Arsenik günstig beeinflußt werden. 4. Salvarsan mit Vorsicht in wiederholten Dosen eine längere Zeitperiode hindurch gegeben, hat einen therapeutischen Wert bei allen Krankheiten, die vorher ohne ausreichendes Resultat mit Arsenik behandelt wurden. 5. Salvarsan ist sehr nützlich als Adjuvans- für andere Arzneimittel, bei denen eine schnelle tonische oder stimulierende Wirkung erwünscht ist. 6. Salvarsan muß intravenös gegeben werden bei Krankheiten, in denen eine spezifische Wirkung erwünscht ist, intramuskulär 1—2mal in längeren Intervallen und in vollen Dosen in Fällen, die eine stimulierende, tonische Wirkung neben einer spezifischen erfordern, endlich intramuskulär in kleinen, lange Zeit hindurch wiederholten Dosen in Fällen, in denen nur eine tonische, stimulierende Wirkung nötig ist. F. John-Leipzig.

Salvarsan bei nichtsyphilitischen Erkrankungen, eine vorläufige Mitteilung von Wm. H. Best-Brooklyn. (M. Record, 1914, 18.) Bei Behandlung von Filariakranken, von Framboësie, Rückfallfieber, Vincents Angina, Amöbendysenterie, Malaria und Chorea zeigte das Salvarsan geradezu spezifische Wirkung; gute Erfolge zeitigte es bei Dermatitis herpetiformis, Variola und Ulcus tropicum. Bei Anämien, Keratosis follicularis, Lichen planus, Pemphigus, Pityriasis rubra, Aleppobeule, Lepra, Tuberkulose und einigen Tuberkuliden entsprach der Erfolg dem allgemein durch Arsenmedikation erreichbaren. Karzinome, Kankroide, Erythema multiforme, Hodgkinssche Krankheit, Psoriasis, Rhinosklerom, Sarkom, Scharlach, Trichinose und Trypanosomenerkrankungen wurden nicht beeinflußt. O. Gans-Karlsruhe.

Erfahrungen mit Salvarsan bei Tropenkrankheiten, von Seyffert-Aruscha, Deutsch-Ostafrika. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, 6.) Mit Salvarsan, meist intravenös, wurden außer Syphilis behandelt: 1. Frambösie: die Heilung gelang in allen Fällen mit 0,4—0,6 Salvarsan durchschnittlich innerhalb einer Woche. 2. Rückfallfieber: bei einmaliger Infusion von 0,4 Salvarsan traten keine Rückfälle ein. Von anderer Seite wird bei dieser Behandlung ein geringer Prozentsatz, etwa 10%, von Rückfällen angegeben. 3. Bilharziosis: in einem Falle bewirkten zwei Infusionen zu 0,3 und 0,5 auffallende Besserung und mindestens 10 Wochen andauerndes Verschwinden der Eier. 4. Ulcus tropicum: bei einigen besonders bösartigen und progredienten Geschwüren beschleunigte das Salvarsan die Heilung in deutlicher Weise. 5. Bei Psoriasis wurde kein Erfolg gesehen. 6. Bei Malaria tertiana hatte der Verfasser gute Erfolge.
H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Salvarsan bei Tropenkrankheiten nebst Bemerkungen über einige tropische Hautkrankheiten, von GROTHUSEN-Kilwa, Deutsch-Ostafrika. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, H. 15.) G. hat Framboësie, Lues, Ulcera tropica und Rekurrens mit Salvarsan behandelt. Von seinen Framboësiefällen heilten 83% nach einer Salvarsaninfusion innerhalb einiger Tage ab. Bei seinen Fällen von „Ulcus tropicum" — ein Sammelbegriff des Verfassers für verschiedene phagedänische Geschwüre der Unterextremität — blieb Salvarsan völlig wirkungslos; bei venerischen Granulomen zeigte sich einiger Erfolg. Rekurrens wurde ebenfalls günstig beeinflußt. H. Boehme-Leipzig.

Chemotherapeutische Versuche mit Salvarsan, von OSCAR BAUM und GUSTAV HERRENHEISER. (W. kl. W., 1914, Nr. 24, S. 843.) Studien bezüglich einer Einwirkung von Salvarsan auf Schweinerotlaufbazillen ergaben auf Grund von Tierexperimenten als auch nach entsprechenden Reagenzversuchen ein so gut wie negatives Resultat.

H. Vörner-Leipzig.

Über das Salvarsan und hauptsächlich über seine Einführung in saurer Lösung, von TÖRRENSON. (Russki Wratsch, 1914, S. 455.) In 700 Fällen von Syphilis hat Verfasser das Salvarsan in saurer Lösung nach DUHOT, nur mit einigen Modifikationen, intramuskulär in der Dosis von 0,6 injiziert und ist sowohl mit dem therapeutischen Erfolg wie auch mit der Resorption der sich bildenden Infiltrate so zufrieden, daß er diese Art der Salvarsananwendung warm empfiehlt. Er löst das Salvarsan in bloß 4 ccm Aq. destill. auf und vermeidet den Zusatz von Methylalkohol.

A. Jordan-Moskau.

Die HERXHEIMERsche Reaktion, von G. MILIAN. (New York. m. Mschr., 1914, Nr. 6.) Verfasser definiert die allgemein bekannte HERXHEIMERsche Reaktion ausführlich und erörtert vor allem ihre Beziehungen zu den arsen-toxischen Erscheinungen nach Salvarsanbehandlung, deren Kenntnis von größter Wichtigkeit ist, da die H.-Reaktion eine Manifestation latenter Zustände anzeigt — besonders bei viszeralen Erkrankungen —, die im Gegensatz zu Intoleranzerscheinungen eine Fortsetzung der Behandlung fordert. Die H.-Reaktion kann sich an allen Organen zeigen und so die Erkennung von Krankheitsherden, von denen vorher nichts zu sehen war, ermöglichen; sie läßt die schon verschwundene WASSERMANNsche Reaktion wieder positiv werden nach der Injektion. Ihre Unterscheidung von Intoleranzerscheinungen ist oft schwer, doch ist die Tatsache, daß sie bei wiederholten Injektionen abnimmt, die Intoleranzerscheinungen aber sich wiederholen und verstärken, das charakteristischste Merkmal.

H. Boehme-Leipzig.

Verschiedenes.

Die Privatdozenten Dr. ALFRED BRANDWEINER und Dr. KARL HOCHSINGER, Abteilungschefärzte im Reservespitale Nr. 2 in Wien, sowie Privatdozent Dr. KARL ULLMANN-Wien, Abteilungschefarzt im Festungsspitale Nr. 1 in Pola, wurden zu Stabsärzten auf Kriegsdauer ernannt.

Dr. FRANCIS DELAFIELD, gewesener Professor an der Columbia University in New York — bekannt durch die von ihm angegebenen Färbemethoden — ist gestorben.

Wirkl. Geheimer Rat Dr. PAUL EHRLICH, Professor an der Universität und Direktor des Institutes für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. TARNZER, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. September 1915 | Nr. 37 | Band 61

Aus der dermatologischen Klinik von Prof. Dr. Unna in Hamburg.

Die Prophylaxe der Pyrogallolvergiftung.

Von

San.-Rat Dr. Max Bockhart in Wiesbaden.

Ich habe vor kurzem Gelegenheit gehabt, einige Wochen lang in der Unnaschen Klinik tätig zu sein. Außer Unnas neuen Behandlungsmethoden hat vor allem seine Pyrogallolbehandlung der Psoriasis mein Interesse, ja, ich kann sagen, mein Erstaunen erregt. Das seit Neissers bekannter Publikation über die Wirkung der Pyrogallussäure [1]) als Blutgift so sehr gefürchtete Pyrogallol wird in dieser Klinik bei einzelnen Kranken in Form einer 5—10 %igen Pyrogallolsalbe mit großer Sicherheit über weite Hautflächen, sogar über die ganze Körperoberfläche eingerieben (Pyrogallolschmierkur). Und zwar ohne jeden Schaden: man beobachtet an so behandelten Kranken nicht die geringste Beeinträchtigung des Wohlbefindens, und ihr Urin zeigt keine Spur von Hämoglobinurie. Durch eine derartige ausgiebige Verwendung des Pyrogallols wird vor allem die Heilung der universellen Psoriasis bedeutend gefördert und beschleunigt.

Natürlich ist diese Methode der Pyrogallolbehandlung nur möglich bei gleichzeitiger Anwendung eines sicher wirkenden Prophylaktikums gegen Pyrogallolvergiftung. Unna fand, daß die verdünnte Salzsäure ein solches Antidot sei. Ein Zufall führte ihn im Jahre 1885 zu dieser Entdeckung. Eine Patientin, deren Krankengeschichte er mitgeteilt hat [2]), hatte sich ohne ärztliche Direktive Pyrogallolpflaster auf große Flächen ihres Körpers gelegt. Am folgenden Tage hatte sie schwarzen Urin, Kopfweh, Erbrechen, kleinen Puls und fühlte sich sehr unwohl und schwach. Gegen das Erbrechen der Kranken verordnete Unna eine Mixtur von verdünnter Salzsäure, die er im Laufe des Tages alle Viertelstunden nehmen ließ. Schon am Abend desselben Tages fühlte sich die Kranke wohler, und ihr Urin wurde etwas heller. Nach fünf Tagen — sie nahm während dieser Zeit Salzsäure weiter — war sie von ihrer

[1]) Neisser, Klinisches und Experimentelles zur Wirkung der Pyrogallussäure. Zschr. f. kl. M., 1879, Bd. 1. — [2]) Unna, Heilung eines Falles von Lepra tuberosa. Mh. f. pr. Derm., Ergänzungsheft 1885.

Digitized by Google

Pyrogallolvergiftung wieder vollständig hergestellt. Unna läßt seitdem, seit 30 Jahren, jeden Kranken, der eine große Pyrogallolkur durchmacht, während der ganzen Dauer dieser Behandlung täglich 1—3 g verdünnte Salzsäure nehmen. Er hat in dieser ganzen Zeit in seiner Klinik niemals eine Pyrogallolvergiftung gesehen, ja nicht einmal abnorme Färbung des Urins der Pyrogallolpatienten, obgleich er von Pyrogallolsalben und -Pflastern den allergrößten Gebrauch macht.

Unnas prophylaktisches Mittel gegen Pyrogallolvergiftung[1]) ist den Praktikern offenbar unbekannt geblieben. Die Ursache davon ist vielleicht auf die allgemein verbreitete Meinung zurückzuführen, Salzsäure, innerlich in kleineren Dosen genommen, sei nicht imstande, die Alkaleszenz des Blutes zu ändern. Diese Meinung ist gewiß irrtümlich. Vom Pyrogallol wissen wir, daß seine größte Wirkung in alkalischen Lösungen vor sich geht und daß es daher im alkalischen Blut seine deletäre reduzierende Wirkung entfaltet, indem es hier den disponibeln Sauerstoff an sich reißt und so eine Sauerstoffverarmung des Blutes und der lebenswichtigen Organe herbeiführt. Die prophylaktische Wirkung der Salzsäure gegen diese Vergiftung kann nur in einer Einwirkung auf das Blut bestehen: es findet, wenn wir Salzsäure geben, eine Ansäuerung des Blutes statt oder eine Abnahme seiner Alkaleszenz, die genügt, um dem schädlichen Einfluß des Pyrogallols entgegenzuwirken.

Über konzentrierte Neosalvarsan- und Salvarsannatriuminjektionen.

Von

J. Schumacher in Berlin.

Das Salvarsannatrium gibt mir Veranlassung, gleichzeitig meine Erfahrungen über konzentrierte Neosalvarsaninjektionen mitzuteilen, wie sie zuerst von Ravaut, Duhot, Stern, Strauss, Frühwald u. a. geübt wurden. Meine Erfahrungen erstrecken sich allerdings auf nur 94 Injektionen an 40 Patienten, die aber, da sie an Privatpatienten gemacht wurden, desto genauer verfolgt werden konnten.

Mein ganzes Instrumentarium für eine konzentrierte Neosalvarsaninjektion besteht aus einem Becherglas zu 500 ccm, wie es für chemische Operationen gewöhnlich gebraucht wird, einem Handtuch und

[1]) Eine kurze Notiz über verdünnte Salzsäure als Prophylaktikum gegen Pyrogallolvergiftung findet sich in Unnas Arbeit über die Fortschritte in der Therapie der Hautkrankheiten, Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, 1885, Nr. 158.

Digitized by Google

einer gewöhnlichen 10 ccm-Rekordspritze. Eine Assistenz ist sehr angenehm, aber entbehrlich.

Meine Technik ist kurz folgende: eine Stunde vor der vorzunehmenden Injektion lasse ich in dem Becherglas ca. 300 ccm Leitungswasser 5—10 Minuten aufkochen. Nach Ablauf dieser Zeit ist das Wasser so weit erkaltet, daß man die Injektion vornehmen kann. Habe ich unvorbereitet eine Injektion zu machen, so lasse ich nur ca. 100 ccm Wasser kochen und kühle es in wenigen Minuten dadurch ab, daß ich es in eine Schale mit kaltem Wasser stelle, derart, daß selbstverständlich der Ausguß des Becherglases nicht berührt wird. Alsdann lege ich dem Patienten ein frisch geplättetes, zusammengefaltetes Handtuch um den betreffenden Oberarm, das ich kurz vor der Injektion zusammendrehen und ihn halten lasse. Alsdann wird der Patient aufgefordert, eine Faust zu machen. Sobald ich die Injektion vornehme, bitte ich den Betreffenden, das zugedrehte Ende des Handtuches vorsichtig loszulassen, dabei den Arm aber nicht zu verrücken. Inzwischen wasche ich die Neosalvarsanampulle mit einem Benzinwattebausch ab, feile mit der in der Flamme sterilisierten Feile ein und bringe durch den glühend gemachten Glasstab die Ampullen zum Springen, ohne jedoch den Hals abzubrechen. Die Ampulle wird inzwischen auf den Wattebausch gelegt. Die stets auseinandergenommen in Alkohol aufbewahrte Rekordspritze wird alsdann 2—3 mal mit dem gekochten Wasser durchgespült, nachdem vorher ein kleiner Hahn aufgesetzt wurde. Alsdann werden 8 ccm Wasser in die Spritze gefüllt und darin das Neosalvarsan gelöst, dessen Deckel jetzt durch leichten Druck mit einem Finger zu entfernen ist. Der Spritzenstempel wird darauf in dem restierenden Wasser durch Eintauchen von dem anhaftenden Alkohol befreit, aufgesetzt und der Hahn geöffnet. Nach Aufsetzen der in der üblichen Weise vorbereiteten Kanüle wird die Luft verdrängt und das auf die Kanüle ausfließende Salvarsan mit einem Benzin- oder Alkoholwattebausch entfernt, der gleichzeitig darauf zur Hautdesinfektion dient. Nach Ablauf der Injektion und Stehen eventueller kleiner Blutaustritte wird die Einstichöffnung jodiert, mit einem kleinen Wattebausch bedeckt und mit einem Kautschukpflaster verschlossen, das der Patient angewiesen wird nach zwei Tagen zu entfernen.

Auf die beschriebene Weise gebraucht man weder eine Assistenz, noch ein besonderes Instrumentarium. Auf dieselbe Weise kann man auch das Blut für die Wassermannsche Reaktion abnehmen, ohne daß auch nur ein Tropfen daneben kommt. Nach Einstechen der mit der Kanüle armierten Spritze füllt sich diese automatisch durch den Blutdruck.

Als Anfangsdosis wählte ich meist 0,3 g Neosalvarsan, der eine

Digitized by Google

zweite mit 0,45 und eine dritte mit 0,6 g folgte, in Abständen von acht Tagen. Darauf unterzog ich den Patienten noch einer energischen Hg-Kur.

Was die Wirkung des auf diese Weise eingeführten Neosalvarsans anlangt, so ist diese meist prompt und deutlich zu erkennen. Lediglich zwei Fälle mit Psoriasis palmaris erwiesen sich als besonders hartnäckig, wie das ja auch schon andere Autoren gefunden haben. In dem einen Fall heilte diese erst nach zwei weiteren Injektionen von 0,45 und 0,6 ab, in dem anderen Fall mußte außerdem noch 0,45 Salvarsannatrium bis zur völligen Abheilung injiziert werden.

An Nebenwirkungen wurden manchmal Kopfschmerzen, bei frischen Fällen auch Fieber beobachtet, das aber meist am anderen Tage verschwunden war. Jedenfalls war es nie so hochgradig und anhaltend, daß die Patienten nicht ihrem Berufe hätten nachgehen können. Die ambulante Behandlung konnte stets durchgeführt werden. Wenn möglich wählte ich die späteren Nachmittagsstunden für die Injektion und forderte die Patienten auf, sich bald zur Ruhe zu begeben. Mehreren auswärtigen Patienten wurde geraten, nicht sofort nach der Injektion zu reisen. Doch ohne Ausnahme unterzogen sie sich auf eigene Verantwortung einer 2—3stündigen Eisenbahnfahrt, ohne daß dabei unangenehme Erscheinungen sich eingestellt hätten. Auch größere körperliche Anstrengungen glaubte ich stets kurz nach der Injektion verbieten zu müssen. Trotzdem haben zwei Herren, nach einer Injektion von 0,6 g Neosalvarsan, jeweils sofort wieder ihren Dienst versehen und längere Ritte unternommen und Turnübungen abgehalten, ohne den geringsten Schaden. Des öfteren wurde von einzelnen Patienten über einen spezifischen Geschmack kurz nach der Injektion geklagt, wie das auch schon von anderer Seite beobachtet wurde. Erbrechen habe ich nur in zwei Fällen gesehen. Beide Herren erholten sich sehr rasch wieder. Der eine Fall betrifft einen der oben erwähnten beiden Herren, bei dem es jedesmal sofort nach der Injektion zu heftigstem Brechreiz kam. Auf Zureden, daß dieser Reiz wohl zu unterdrücken sei, erfolgte in der Tat später kein Erbrechen mehr, doch der Reiz stellte sich nach wie vor ein.

Vorsichtig muß man bei hysterischen weiblichen Patienten sein. So erinnere ich mich einer Hysterika, der ich vorsichtshalber nur 0,15 g Neosalvarsan injizierte und sie anwies, sofort nach Hause zu fahren. Statt dessen ging sie im Tiergarten spazieren und fiel angeblich um. Nach Hause gebracht, erholte sie sich sehr rasch wieder. Am nächsten Nachmittag erhielt ich schon einen Brief, in dem sie ihr Erlebnis schildert und darauf hinweist, daß sie sich wieder ganz wohl fühle. Sie habe so furchtbar Angst gehabt, daß etwas passieren könne.

Digitized by Google

Unangenehm sind die Infiltrate, die entstehen, wenn etwas von der Flüssigkeit in das subkutane Gewebe dringt. Ich habe ein solches Vorkommnis nur einmal bei einer Salvarsannatriuminjektion erlebt, aus weiter unten zu schildernden Gründen. Die übliche Therapie brachte es rasch zum Verschwinden. Eine Funktionsbehinderung bestand nur in den ersten Tagen in geringem Grade. Alle Injektionen erfolgten glatt, nur bei Frauen hat man oft große Schwierigkeiten wegen der dünnen und meist tiefliegenden Venen. So gelang mir bei einer Patientin mit solchen Venen die zweite und dritte Injektion nicht. Bei der ersten war wohl besonderes Glück dabei.

Intramuskulär habe ich das Neosalvarsan in konzentrierter Form nur in einem Fall verabfolgt. Es stellten sich Schmerzen, Infiltration und Rötung ein, die auf einen sich entwickelnden Abszeß hinwiesen, ohne daß es jedoch dazu kam.

Da das Neosalvarsan bekanntlich dem Altsalvarsan etwas an Wirkung unterlegen ist, so war die Einführung des Salvarsannatriums zu begrüßen; war dadurch vielleicht die Möglichkeit gegeben, daß man alsdann auch das Altsalvarsan in konzentrierter Form zuführen könne, ohne die Nebenerscheinungen zu erhalten, wie sie bei konzentrierten Altsalvarsaninjektionen oft gesehen wurden.

Schon Wechselmann beobachtete wesentliches Unbehagen und Erbrechen, wenn er das Salvarsannatrium in hochkonzentrierter Form gab. Er geht deshalb auf eine Konzentration von 0,1 : 10 herunter, was bei einer Salvarsannatriumdose von 0,45 45 ccm Flüssigkeit erfordert. Dabei kann man dann nicht mehr gut von einer Injektion konzentrierter Lösungen sprechen.

Dreyfus löst das Salvarsannatrium in bidestilliertem sterilem Wasser und injiziert es in konzentrierter Form. Er löst 0,15—0,75 g in 30 ccm Wasser und benutzt dazu eine 30 ccm fassende Spritze.

Nun läßt sich aber nach der von mir beschriebenen Technik eine Injektion nicht mehr lege artis machen, wenn man eine 20 ccm-Rekordspritze verwenden muß, von einer 30 ccm fassenden ganz abgesehen. Es sind mir dennoch mit einer 20 ccm-Spritze mehrere Injektionen glatt gelungen, aber die gewöhnlich verwandten kurzen Nadeln und der dicke Umfang der Spritze erschweren die Injektion doch sehr.

Es fragt sich nun, warum kann man das Neosalvarsan in hochkonzentrierter Form verabreichen — wird es doch von einigen Autoren in nur 2 ccm Flüssigkeit gelöst — und warum beobachtet man beim Altsalvarsan und Salvarsannatrium, doch sehr ähnlich chemisch konstituierten Körpern, Nebenwirkungen bei konzentrierter Zufuhr?

Vor allem fiel mir gleich die stark alkalische Reaktion des Sal-

Digitized by Google

varsannatriums auf, die ich für die von den genannten Autoren beobachteten Nebenwirkungen verantwortlich mache. Diese hohe Alkaleszenz wirkt deletär auf die Blutelemente. Ich habe mich von dieser meiner Vermutung gelegentlich histochemischer Untersuchungen überzeugt. Während ich bei Anwendung einer 1%igen Neosalvarsanlösung und Nachbehandlung mit Albargin die schon öfter beschriebene Kernfärbung erhielt, waren die Leukozyten bei entsprechender Anwendung des Salvarsannatriums aufgelöst und abgeschwemmt. Diese Erscheinung beobachtet man nur bei hochgradig alkalischen Flüssigkeiten. Das Salvarsannatrium ist in seiner jetzigen Form noch zu stark alkalisch für die Anwendung in konzentrierter Form. Verfolgt man diese Verhältnisse weiter, so findet man, daß man beispielsweise einer 1%igen Salvarsannatriumlösung (0,15 g auf 15 ccm) glatt 64 Tropfen einer $^1/_{10}$ Normalsalzsäure zusetzen kann, bis sie alkalisch reagiert[1]).

Ich löste 0,15 g Salvarsannatrium in 15 ccm destilliertem Wasser und versetzte mit zwei Tropfen alkoholischer Phenolphthaleinlösung. Bei tropfenweisem Zusatz von $\frac{n}{10}$-Salzsäure bleibt die Flüssigkeit bis Tropfen 41 klar. Dann trübt sie sich ganz leicht. Vorher etwa ausgeschiedene Base löst sich sofort wieder. Erst bei Tropfen 64 ist die rote Farbe des Phenolphthaleins völlig verschwunden[2]). Man kann daher, ohne daß die geringsten Niederschläge entstehen, 30 Tropfen = 2 ccm $\frac{n}{10}$-Salzsäure auf 0,15 g Salvarsannatrium zusetzen und so dessen Alkaleszenz wesentlich herabsetzen.

Will man beispielsweise 0,15 g Salvarsannatrium injizieren, so muß man in die 10 ccm-Rekordspritze erst 2 ccm $\frac{n}{10}$-Salzsäure bringen, darauf mit destilliertem Wasser auf ca. 8 ccm auffüllen und darin das Salvarsannatrium lösen. Bei 0,3 g Salvarsannatrium muß man 4 ccm der erwähnten Salzsäure nehmen, usw. Bei 0,6 g Salvarsannatrium kann man dieses gleich in ein Zehntel Normalsalzsäure auflösen. (Die Salzsäure darf aber nicht etwa mit dem Wasser gekocht werden.)

Ich bin der Überzeugung, daß durch die abgeschwächte Alkaleszenz auch das konzentrierte Salvarsannatrium besser vertragen werden wird und wäre im Interesse der Wissenschaft sehr dankbar, wenn dieser Vorschlag an Stellen mit größerem Material Berücksichtigung finden würde.

---

[1]) Das sind für 0,6 g Salvarsannatrium 256 Tropfen oder 17 ccm $\frac{n}{10}$-Salzsäure! —

[2]) Eine Reduktion des Phenolphthaleins ist etwa noch nicht eingetreten, auf KOH tritt sofort die rote Farbe wieder auf.

Digitized by Google

Durch die Ansäuerung sind wir, glaube ich, aber doch nicht vom Regen in die Traufe gekommen, denn ich halte das Auflösen des Salvarsannatriums in Salzsäure + Wasser immer noch für einfacher als das Bereiten der Altsalvarsanlösung.

Literatur.

Frühwald, M. m. W., 1913, Nr. 45. — Wechselmann, M. m. W., 1915, Nr. 6. — Dreyfus, M. m. W., 1915, Nr. 6.

Versammlungen.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Ref. nach Brit. Journ. of Dermatology.)

Sitzung vom 17. Dezember 1914.

1. Angiokeratom, von W. Knowsley Sibley. Die 17jährige Patientin leidet seit sieben Jahren an einer Eruption der Handrücken, die während des Winters stets schlechter wurde, im Sommer aber stationär blieb. Neuerlich sind auch an den Füßen Läsionen aufgetreten. Die Zirkulation in den Händen und Fingern ist schlecht, die Patientin schwitzt stark. Es fanden sich auf den Fingerrücken und an den Gelenken kleine, blaßrote Knötchen, meist in Gruppen angeordnet, von denen viele flach und derb waren. Es bestand kein Schmerz, nur bluteten die Effloreszenzen leicht. Dazwischen waren kleine Bläschen eingestreut. Dieselben Läsionen fanden sich auf den Großzehenrücken und über der Ferse. Histologisch fand sich Erweiterung der Blutgefäße und Hypertrophie der Hornschicht; in der Kapillarschicht der Kutis ein großer Hohlraum mit Blutkörperchen und wenig Bindegewebe. Die Lymphspalten waren erweitert, die oberen Kutisschichten zeigten Entzündung.

In der Besprechung wurde von verschiedenen Verfassern die Diagnose „Angiokeratom" abgelehnt und auf Hyperidrosis und Cheiropompholyx gestellt.

2. Erythema pernio, (?) Lupus erythematosus, von W. Knowsley Sibley. Die 16jährige Patientin hat das Leiden seit vier Jahren an der linken Hand, seit einigen Wochen auch an der rechten Hand; es tritt Ende September auf, besteht während des Winters und verschwindet im Sommer völlig. Es findet sich auf den Fingerrücken ein Erythem und kleine, teils isolierte, teils gruppierte Knötchen. Einige davon, in der Nähe der Fingerspitzen, sind ulzeriert und krustös.

In der Besprechung wurde die Affektion als typischer Lupus erythematosus angesehen.

3. Fall zur Diagnose: (?) Persistentes noduläres Erythema multiforme, von H. MacCormac. Das Leiden begann bei der 64jährigen Frau vor sechs Monaten am linken Fuße und ergriff dann Hände, Knie, Ellbogen und zeigte schließlich symmetrische Lokalisation. Die Eruption begann als kleine, flache Läsionen mit Neigung zu peripherem Wachstum, während sie im Zentrum abheilten. So entstanden verschieden große Ringe mit deutlichem, erhabenem Rande von normaler Hautfarbe an Knien, Ellbogen und Handgelenken. An den Ohren und Nasenlöchern sind sie purpurfarben und zeigen stellenweise oberflächliche Nekrose. Es bestand Neigung zur spontanen Resolution.

4. Fall zur Diagnose: (?) Multiples Ulcus rodens oder Epithelioma adenoides cysticum, von E. G. Graham Little. Bei dem 40jährigen Manne trat vor 20 Jahren

Digitized by Google

ein warzenartiges Gebilde an der Oberlippe auf, dem allmählich ähnliche Tumoren in der Nähe der Lider, an den inneren Augenwinkeln, den Schläfen, den Ohren und der Nasenwurzel folgten. Die Tumoren waren von verschiedenem Aussehen: die einen warzenartig, die anderen wachsig, durchscheinend. Die größeren hatten an der Oberfläche ein Netzwerk erweiterter Blutgefäße. Nachdem die Knoten längere Zeit wachsartig ausgesehen hatten, wurden sie pigmentiert. Niemals war Ulzeration eingetreten.

5. Zwei Fälle von Wachstumsstillstand der Kopfhaare aus unbekannter Ursache, von E. G. Graham Little. Die 20jährige Patientin hatte vor drei Jahren Alopecia areata; es kamen bald wieder dicht Haare nach, doch blieben sie plötzlich bei einer Länge von 1 Zoll stehen. Es wurden völlig normale Verhältnisse bezüglich der Haare, der endokrinen Drüsen usw. gefunden.

Ein 14jähriges Mädchen hat niemals Haare, die länger als $1^1/_2$ Zoll waren, gehabt. Die Haare stehen spärlich, sind schwach und glanzlos, erscheinen aber mikroskopisch normal. Die Untersuchung des Kindes ergab auch sonst keine pathologischen Veränderungen.

6. Fall zur Diagnose. (Noch nicht beschriebenes Granulom), von Dudley Corbett. Das Leiden trat vor vier Jahren auf, bestand regelmäßig im Winter und verschwand im Sommer; da es einem Syphilide sehr ähnlich sah, wurde es antisyphilitisch behandelt, doch ohne Erfolg. Befallen sind das Gesicht, der Hals, Stamm, Extremitäten einschließlich Handteller und Fußsohlen. Es finden sich verschiedene Stadien der Erkrankung: 1. Kleine, stecknadelkopfgroße, gelbrötliche Knötchen. 2. Erbsengroße Papulovesikeln, an der Basis rötlich, mehr weißglänzend an der Spitze. Auf Druck entleert sich eine seröse Flüssigkeit. 3. Flache blaurote Papeln mit Schuppen bedeckt. 4. Kleine, runde, bläulichrote, leicht purpurn gefärbte Flecke. Rapide Heilung durch Röntgenstrahlen. Über die Diagnose konnte eine Einigung nicht erzielt werden.

7. Fall zur Diagnose: (?) Xantho-Erythrodermia perstans, von S. E. Dore. Ein 35jähriger Mann, der seit zehn Tagen eine akute, makulöse, erythematöse Eruption vom Charakter der Pityriasis rosea hat; doch hat sie einen eigentümlichen Stich ins Gelbe. An beiden Schienbeinen ein Herd von chronischer Dermatitis von ebenfalls gelber Farbe, der ebenso wie einige atrophische Flecken am Kopfe seit einem Jahre besteht. Wegen der Ähnlichkeit der Farbe der Herde glaubt D., daß es sich bei beiden Affektionen um dasselbe Leiden: Xantho-Erythrodermia perstans handle.

In der Besprechung sprechen sich mehrere für Pityriasis rosea aus.

8. Alopecia areata des Kopfes und der linken Augenlider, von S. E. Dore. Bei dem elfjährigen Knaben waren die Lider des linken Auges völlig haarlos. Dieselben Regionen waren schon vor einem Jahre befallen gewesen. Die Refraktion war normal.

9. Lichen planus hypertrophicus mit Exkoriationen, von S. E. Dore. Das Leiden begann bei der 56jährigen Frau vor sechs Jahren, verschlimmerte sich aber in den letzten drei Jahren. Es finden sich hauptsächlich an den Hüften und Oberschenkeln, verstreut an Rücken, Schultern und Armen erhabene, bläulichrote Herde von unregelmäßiger Größe und Form, von denen zahlreiche auf der Oberfläche tief exkoriiert sind. Einige Herde sind mit Hinterlassung atrophischer Flecke spontan geschwunden.

10. Lupus erythematosus der Finger und Lupus pernio der Nase, von P. S. Abraham. Die Affektion fand sich seit zwei Jahren bei einer 50jährigen schwächlichen Frau ohne tuberkulöse Belastung.

Sitzung vom 21. Januar 1915.

1. Ein Fall von Pemphigus vegetans, von J. J. Pringle. Bei dem 28jährigen Soldaten traten Ende September 1914, angeblich durch Reibung seitens der Erkennungs-

Digitized by Google

marke, auf der Oberbrust und in der linken Achselhöhle große Blasen auf, denen rasch andere auf verschiedenen Körperstellen folgten. Wann die Läsionen im Munde erschienen, konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden, doch geschah dies jedenfalls sehr bald. Die Primärläsionen waren stets Blasen von Erbsen- bis zu Hühnereigröße, nach deren Platzen exkoriierte, nässende Flächen zurückblieben. Blasen und Exkoriationen fanden sich in größter Menge in den Achselhöhlen, den Ellenbeugen, im unteren Teile des Gesichts, hinter den Ohren, auf dem Rücken und den Nates. Die Blasen erschienen auf normaler Haut, zeigten nirgends herpetiforme Anordnung oder Symmetrie. Drei große Blasen fanden sich ferner auf dem rechten Ober- und Unterschenkel, eine auf dem Präputium, sowie Erosionen am Margo praeputii und auf der Eichel. Die Blasen hatten alle eitrigen Inhalt. Auf den Lippen, dem harten und weichen Gaumen, der Zunge und der übrigen Mundschleimhaut fanden sich Bläschen und tiefe Erosionen; ebenfalls Bläschen an den Nasenlöchern und Konjunktiven. Seit dem Bestehen der Blasen in den Axillen zeigte sich dort eine „vegetative Dermatitis" oder „Kondylomatose". Es bestand Fieber, Erschwerung des Sprechens und des Schluckens.

Am 8. Dezember erschien zum ersten Male auf der Brust eine kleine, klare Blase, deren Inhalt steril war; in den anderen Blasen fanden sich Staphylokokken. Wassermann war negativ, Blutkulturen blieben steril. In Kulturen von den Exkoriationen fanden sich Staphylokokken, ein diphtheroider Bazillus und Bacillus proteus. Das Blutbild war normal, keine Eosinophilie. Der Urin ohne pathologische Bestandteile. Der Kranke wurde mit wöchentlichen Injektionen einer gemischten Vakzine von Staphylococcus albus aus den Blasen, Bacillus proteus und von koliähnlichen Bazillen aus den Fäzes behandelt. Bis Weihnachten hielt der schwere Krankheitszustand an, seither erfolgte aber eine so beträchtliche Besserung des lokalen und des Allgemeinbefindens, daß der Kranke entlassen werden konnte. Es waren nur einige abortive Blasen noch aufgetreten, die großen Erosionen waren verheilt, doch war die Epidermis leicht abhebbar. Nirgends blieben Narben. Nur die Temperatur war noch hoch.

In der Besprechung berichtet Whitfield über einen Fall. Der Kranke hatte im Mai 1914 Erosionen auf dem Munddache; unter der Diagnose Pyorrhoe wurde ein Backenzahn entfernt, wodurch der Zustand verschlimmert wurde. Zwei oder drei Monate später trat „Pruritus ani" auf, doch waren keine Blasen am Körper zu sehen. Das ganze Perineal- und Sakroinguinalbereich war von bläulichgrauen, kondylomatösen Massen eingenommen. Es traten dann klare Bläschen am Oberschenkel, sowie Blasen im Naseninneren und Läsionen am linken Auge auf. Die histologische Untersuchung ergab Blasen auf dem Grunde der Vegetationen (? Der Ref.). In den Bläschen fanden sich Staphylo- und Streptokokken. Urin, Blut, Liquor normal, Wassermann negativ.

2. Fall von Lupus erythematosus, von George Pernet. Bei dem 53jährigen Manne hatte das Leiden vor sechs Monaten am linken Ohre begonnen, drei Monate später wurde die Nase befallen. Am Ohre fand sich eine halbkreisförmige Läsion mit scharfem, schmalem Rande, der eine oberflächlich atrophische Stelle umschloß. Die Nasenspitze war rot, mit deutlichen Talgdrüsenmündungen und zeigte eine weiche, feuchte Kruste.

3. Pityriasis rubra pilaris bei einer Schwangeren, von H. W. Barber. Das Leiden hatte bei der 43jährigen Frau vor zwei Monaten begonnen. In der Intermammarregion fanden sich erhabene follikuläre Papeln mit dunkeln Hornpfröpfen im Zentrum; dieselben Knötchen fanden sich auf dem Stamme und den Oberarmen. Die Haut der Hände und Füße war verdickt, dunkelbraun gefärbt; die feinen Linien waren durch tiefe Fissuren ersetzt. Die Haut des Gesichts, besonders um die Ohren, war gerötet und schuppend.

Digitized by Google

4. Trockene Zehengangrän bei einem 16 Monate alten Kinde, von J. H. Sequeira. Bei dem Kinde fanden sich an einigen Zehen trockene, schwarze, gangränöse Herde, die zum Teil schon abgestoßen waren. Die umgebende Haut war völlig normal. Es konnte keine Ursache für die Gangrän (Syphilis, Trauma usw.) gefunden werden.

5. Eier von Haematopinus suis, von Sequeira. An den Borsten einer Haarbürste fanden sich große, schwarzbraune Nisse angeklebt. Es handelt sich um Eier der Schweinelaus, die nicht auf den Menschen geht.

6. Erythema gyratum recurrens, von Alfred Eddowes. Die Läsionen bei dem fünfjährigen Mädchen waren rund, schalenförmig, das Zentrum konkav, der Rand erhaben, scharf von der normalen Haut abgegrenzt. Es war dies die sechste Attacke innerhalb von zwei Jahren; jede dauert etwa drei Monate. Meist ist auch eines der Augen befallen.

7. Ringworm der Hand, von J. M. H. MacLeod. Die Patientin hat eine ekzematoide Trichophytie in der rechten Hohlhand. Der Herd ist flach, gelblichrot, zeigt im Inneren einen erodierten Ring und ist von einem Saume exfoliierender Epidermis umgeben. Die Frau hat drei an Mikrosporie leidende Kinder, die die Infektionsquelle sein dürften. Während ekzematoide Trichophytie durch Epidermophyton inguinale häufig ist, ist die Infektion mit Mikrosporon bei Erwachsenen selten.

8. Hyperidrosis palmaris, von H. G. Adamson. Die 16jährige Patientin schwitzt so stark an den Händen, daß der Schweiß heruntertropft.

Pringle erwähnt einen ähnlichen, aber intensiveren Fall von Hyperidrosis palmaris et plantaris, die nach einem Sonnenstiche aufgetreten war.

9. Fall von Lichen spinulosus, von E. G. Graham Little. Das Leiden begann bei dem zehnjährigen Mädchen vor einem Jahre an den Knien und hat sich seither allmählich ausgebreitet. Am stärksten befallen sind die Schultern, die hinteren Achselfalten, Ellenbeuge und -bogen, Außenseite der Oberschenkel, Knie und Kniekehle. Es finden sich zwei Formen von Läsionen: blasse, farblose, follikuläre Papeln mit einem Stachel, und gröbere, rote, spitze Papeln wie bei Pityriasis rubra pilaris. Die letzteren Formen fanden sich hauptsächlich an Ellenbogen und Knien. Es bestand kein Jucken.

10. Fall von Pityriasis rosea, von E. G. Graham Little. Auffallend war bei dem Falle, daß die Herde sehr stark schuppten und daß am Rücken einige dunklere Herde waren, die gegen die übrigen stark abstachen.

11. Fall von Parapsoriasis en plaques, von E. G. Graham Little. Der Fall betraf ein zwölfjähriges Mädchen. Der charakteristischste Herd fand sich außen am rechten Oberschenkel; er war handgroß, schwachrot gefärbt, etwas serpiginös begrenzt, fast unmerklich infiltriert, etwas erhaben. Die Follikelmündungen klafften. Ähnliche Herde waren am linken Oberschenkel, an den Nates, Unterschenkeln und Schultern. Die Affektion besteht seit einem Jahre. Wesentliche Änderung durch eine starke Salizylsalbe.

12. Lymphadenom mit Hautläsionen, von W. Knowsley Sibley. Referat s. diesen Band, S. 689.

R. Frühwald-Leipzig.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

August—September 1914.

1. Die präkanzeröse Bowensche Dermatose, linsen- und scheibenförmige Dyskeratose, von J. Darier. Darier teilt drei neue Fälle der zuerst von Bowen als

Digitized by Google

präkanzeröse Dermatose beschriebenen Affektion mit. Es handelt sich um vereinzelt oder multipel in verschiedenem Alter und bei beiden Geschlechtern, an Stamm und Extremitäten vorkommende, linsen-, münzen- oder scheibenförmige, papulosquamöse Effloreszenzen mit langsamer Entwicklung und Neigung zur Gruppierung und Konfluenz. Sie bilden allmählich eine dicke, hyperkeratotische Schicht, nach deren Entfernung ein teils glatter, teils granulierender, papillomatöser, hellroter Grund vorliegt. Einmal fanden sich neben diesen typischen Gebilden auch blasse Flecke, von rundlicher oder unregelmäßiger, scharf abgegrenzter Form, von rosa bis bräunlicher Farbe und mit schuppender, zum Teil leicht atrophisch aussehender Oberfläche, vielleicht als Initialstadium, vielleicht als Abortivform der typischen Effloreszenzen. In zweien der Fälle waren ferner ulzerierte Tumoren vorhanden, einmal am Vorderarm und einmal am Rücken, mit stark vergrößerten, derben, regionären Lymphdrüsen. Eine sichere Diagnose ließ sich nur mit Hilfe der Biopsie stellen. Histologisch fanden sich nun in sämtlichen untersuchten Effloreszenzen dieselbe Veränderung im Epithel: Ödem und Vakuolisation der Zellen des Stratum Malpighi, Vergrößerung und Unregelmäßigkeit mancher Stachelschichtzellen mit Riesenkernen und eine fehlerhafte Verhornung mit Bildung der sogenannten runden Körper in der Hornschicht, die Dyskeratose. Ältere Plaques zeigen außerdem enorme Hyper- und Parakeratose und atypische Epithelwucherung bis zur malignen Entartung in zwei Fällen. In den Drüsenmetastasen dieser beiden fand sich ebenfalls Dyskeratose. Das histologische Bild zeigt eine gewisse Ähnlichkeit mit dem der Pagetschen Krankheit, jedoch ist diese niemals hyperkeratotisch, sondern oberflächlich erodiert und nässend, außerdem auch auf die weibliche Brust allein beschränkt. Es handelt sich daher sicher um eine besondere Hautaffektion, wie sie Bowen zuerst beschrieben und richtig als präkanzeröse Dermatose bezeichnet hat, obwohl in seinen Fällen noch keine maligne Entartung vorhanden war. Darier schlägt vor, diesen Namen beizubehalten, oder die Krankheit linsen- und scheibenförmige Dyskeratose zu nennen.

2. Über Naevus anaemicus, von Nauta und Lavau. Zusammenstellung von 17 deutschen Fällen und einem eigenen.

3. Beitrag zum Studium des Zeckenstiches, von Narbel. Verfasser beobachtete an der Bißstelle von Ixodes ricinus etwa 24 Stunden nach Wegnahme der Zecke das Auftreten eines 5 mm breiten, scharf begrenzten, erythematösen Kreises, der allmählich exzentrisch nach außen wanderte und erblaßte, wenn er 10—15 cm Durchmesser erreicht hatte. Der Ring entsteht durch das beim Biß eindringende, koagulationshemmende Zeckengift, das auch die sehr rasch eintretende, schmerzhafte Schwellung der regionären Drüsen hervorruft. W. Lutz-Basel.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle.

1915, Heft 2.

1. Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von Agostino Pasini. In einem Vortrage führt Verfasser zunächst in einer historischen Übersicht aus, wie seit alters her Krieg und Geschlechtskrankheiten in einem innigen Zusammenhange stehen. Er weist auch besonders auf die Beziehungen zwischen der Verbreitung der Syphilis und dem neapolitanischen Feldzuge Karls VIII. hin, die jener ja den Namen „Morbus gallicus" eingebracht haben. In den Kriegen der letzten Zeit sind daher von gewissenhaften Heeresverwaltungen Vorkehrungen zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten getroffen worden, wie z. B. von den Japanern im russisch-japanischen Kriege durch die Einführung hygienischer Freibordelle. Die große Zahl der Geschlechtskranken im gegenwärtigen Weltkriege veranlassen den Verfasser nun, die Aufgaben der Militärsanitätsverwaltung hinsichtlich der Geschlechtskrankheiten zu skizzieren. Zunächst

Digitized by Google

bespricht er die Prophylaxe, die Warnungen und die verschiedenen chemischen Methoden (Waschungen mit Sublimat, Protargoleinträufelungen, Kalomelsalbe); in der italienischen Marine haben letztere gute Resultate erzielt. Verfasser druckt auch die Warnungen der deutschen Militärverwaltung in Belgien ab. Was nun die Therapie der einzelnen Krankheiten betrifft, so ist Verfasser dafür, daß akute Blennorrhoen klinisch in Feld- oder Landspitälern behandelt werden sollen. Chronische Formen hindern nicht am Felddienste, sofern sie nicht von Komplikationen begleitet sind, die ihrerseits allerdings einen langen Aufenthalt im Landspitale erfordern. Weiche Geschwüre können im Feldlazarett behandelt werden. Bei primärer oder florider sekundärer Syphilis ist die Isolierung im Feldspitale erforderlich. Latente sekundäre oder tertiäre Syphilis kann mittels einer methodischen Jod- oder Quecksilberkur ambulant behandelt werden. Patienten mit tertiärsyphilitischen Erscheinungen müssen aber zu einer energischen, prolongierten Kur in die Heimat geschickt werden.

2. Über die Gegenwart verschiedener Antikörper im Serum Syphilitischer, von F. Porcelli-Titone. Die Tatsache, daß das Serum Syphilitischer mit zwei verschiedenen Antigenen Komplementablenkung ergeben könne, mußte zur Annahme führen, daß zwei verschiedene Antikörper im Serum vorhanden seien. Verfasser hat nun Syphilitikersera daraufhin untersucht, indem er einmal syphilitischen Leberextrakt, einmal Meerschweinchenherz oder eine Mischung von beiden als Antigen benutzte; die Resultate der Untersuchungen weisen nun tatsächlich darauf hin, daß zwei verschiedene Antikörper vorhanden sind. Deshalb darf die Wassermannsche Reaktion, mit verschiedenen Antigenen angestellt, nicht als gleichwertig angesehen werden. Die Versuche müssen noch weiter fortgesetzt und auf alle Substanzen, die als Antikörper dienen können, ausgedehnt werden. Sie stärken die Annahme, daß im Syphilitikerserum tatsächlich ein spezifischer Antikörper vorhanden sei, neben anderen, die aus anderen, mit der Infektion in Zusammenhang stehenden Ursachen entstanden sind und nicht so spezifisch sind.

3. Multiple Syphilome der Vagina, von Giovanni Cavagnis. Bei der 22jährigen Prostituierten fand sich $^1/_2$ cm hinter dem Introitus auf der rechten Vaginalwand eine ovale Erosion, leicht eleviert, halbcentesimostückgroß, dunkelrot, scharf umschrieben, pergamentartig, indolent. Auf der linken Seite, 2 cm hinter dem Introitus, eine analoge, ulzerierte, wenig sezernierende Läsion. In der halben Höhe der Vagina, auf der Hinterwand, fand sich ein centesimostückgroßer, kreisrunder, dunkelroter, leicht elevierter, erodierter Herd. Etwas weiter rechts eine der zweiten analoge Läsion. Links auf der Vorderwand eine halbcentesimostückgroße erodierte, infiltrierte, nässende Stelle. Alle Läsionen waren derb indolent und enthielten Spirochäten in verschiedener Menge. In den Leisten bestand indolente Drüsenschwellung. Wassermann positiv. Verfasser weist auf die Seltenheit der Primäraffekte in der Vagina, zumal der multipeln, hin. Den Grund dafür sieht er in dem derben Plattenepithel der Vagina und der schleimigen Sekretion, welche beide eine Verletzung der Vaginalwand erschweren, sowie in der sauren, bakteriziden Reaktion des Sekrets.

4. Pathologisch-anatomische Beobachtungen und kritische Bemerkungen über Endotheliome und Spindelzellensarkome der Haut, über pigmentierte Nävustumoren und basozelluläre zystische Epitheliome, von Giuseppe Mariani. Beschreibung einiger Fälle und eingehende histologische Untersuchung. Zu kurzem Referate nicht geeignet. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß die morphologischen Eigenschaften nicht ausreichen, um genau die Natur, die Grenzen und die Verwandtschaften der Neubildungen festzulegen. Jene sind nur die Effekte von diversen Reizen auf das Gewebe; bei verschiedener Intensität der Reize, der verschiedenen Art der

Digitized by Google

Gewebe usw. kann natürlich der Effekt des Reizes, i. e. das morphologische Aussehen, im einzelnen Falle ganz verschieden sein. Das ist natürlich sehr bedauerlich, da bei der völligen Unkenntnis der Ätiologie der Tumoren die morphologischen Einzelheiten eine große Rolle spielen.

5. Beitrag zum Studium der Hypertrichosis circumscripta congenita der Wirbelsäule ohne Spina bifida, von Carlo Vignolo Lutati. Beschreibung zweier Fälle.

6. Tinea trichophytica der Kopfhaut, von Carlo Botelli. Bei dem 40jährigen Patienten ist die unbehaarte Haut an verschiedenen Stellen des Stammes und der Arme, sowie der Bart, Schnurrbart und die behaarte Kopfhaut in ihrer Gesamtheit befallen. An ersteren Stellen manifestiert sich die Krankheit in einer erythematovesikulösen Form; an den behaarten Stellen dagegen nimmt sie mehr oder weniger infiltrativen Charakter an, der am Kopfe am meisten ausgesprochen ist. Als Erreger wurde Trichophyton exsicatum festgestellt.

Histologisch fanden sich die Haare in ihrer ganzen intrafollikulären Ausdehnung von Pilzen befallen. Durch diese wird ein entzündlicher Prozeß und die Einwanderung von Leukozyten bedingt; diese drängen entweder die Zellen der Epithelialscheide nur auseinander oder sie zerstören sie, wenn sie in großen Massen angesammelt sind. Infolge der Zerstörung des Follikels finden sich Fragmente pilzhaltiger Haare frei in der Kutis, wo sie starke Entzündungserscheinungen mit Ödem und Leukozyteninfiltration hervorrufen. Die Leukozyten nehmen die Pilze auf; diese finden sich nicht frei in der Kutis. In der Umgebung der erkrankten Follikel und in der oberen Subkutis findet sich Entzündung mit Abszeßbildung. R. Frühwald-Leipzig.

The urologic and cutaneous Review.

Januar 1915, H. 1.

1. Fett-Transplantation bei chirurgischer Behandlung im Urogenitaltraktus, von Gustav Kolischer-Chicago. Zum Referieren nicht geeignet. Verfasser verliert sich in eine detaillierte Beschreibung der chirurgischen Eingriffe — Pyelotomie — zur Entfernung von Nieren, Konkrementen und Prostatektomie.

2. Über neue Behandlungsmethoden in der Dermatologie, von Norman Meachen-London. Gegenüber den großen Fortschritten der Syphilodologie in den letzten Jahren scheint die dermatologische Forschung wenig geleistet zu haben. Diese irrige Ansicht sucht der Verfasser zu widerlegen. Er erwähnt zunächst von Allgemeinreaktionen und Allgemeinbehandlung, die sich jetzt eingebürgert haben: die verschiedenen Tuberkulinverwendungsmethoden für Diagnose und Therapie, die für einen vorsichtig dosierenden und abwartenden Arzt oft gute Erfolge zeitigen, ferner die Anwendung von Vakzine-Impfungen bei Sykosis oder pyogenen Dermatosen (Akne, seborrhoisches Ekzem usw.). Von den lokalen Behandlungsmethoden bespricht der Verfasser 1. die sogenannten „physikalischen". a) die X-Strahlen, die dank unserer besseren Messungsmethoden kaum noch Schädigungen an der Haut hervorrufen und sich bei Lupus, Ulcus rodens, Favus usw. sehr bewährt haben, b) das Radium, das abgesehen von den malignen oder benignen Neubildungen, bei den durch Juckreiz und Brennen sehr quälenden Dermatosen (Pruritus, chronisches Ekzem usw.) sehr gute Dienste leistet. c) das Finsen-Licht, die Kromayer-Lampe mit ihren Erfolgen bei Alopecia areata und Rosacea. d) Heißluftapplikationen bei lokalisiertem Pruritus und chronischem Ekzem, e) die Diathermie. Freilich haben viele dieser Methoden den Nachteil, daß die Apparate sehr kostspielig sind. 2. Das Kohlensäureschnee-Verfahren, das die Vorzüge der Hyperämie mit einer zerstörenden Kraft auf die Gewebe vereinigt und für Warzen- und Nävibehandlung allen anderen Methoden überlegen ist und auch bei anderen Dermatosen (Ulcus

Digitized by Google

rodens, Lupus erythematosus usw.) sich bewährt hat. Verfasser bespricht dann die ziemlich einfache und nicht zu teure Herstellung. 3. Die Behandlung mit Ionen, d. h. die elektrische Ionisation der Epidermis. MEACHEN erläutert ausführlich dieses Verfahren. Die Ionisation mit Hg und Kupfer- oder Zinksalzen eignet sich unter anderem bei Sykosis, Favus, Alopecia areata, Warzen; die Ionisation mit Chinin hat bei Herpes zoster, die mit Salyzil bei Akne gute Erfolge gezeitigt. 4. Chemische Agentien. Das Jod und das Hydrogenperoxyd in statu nascendi wirken günstig bei Schleimhauterkrankungen, beim Lupus usw. Verfasser erwähnt ferner das Scharlachrot und die keimtötende Wirkung der Kupfersalze, besonders in Verbindung mit Lezithin als „Lekutyl". 5. Die Therapie mit autogenem Serum. Die Injektion von Blutserum, speziell von autogenem, hat sich bei vielen Dermatosen (z. B. Urtikaria, Prurigo, Herpes gestationis) bewährt. Besonders wichtig ist die Beobachtung weiterer guter Erfolge bei Pemphigus durch Injektion des Blaseninhaltes. So seien große Fortschritte auch in der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten gemacht, wenn auch noch vieles, wie z. B. der Einfluß der innersekretorischen Organe usw., zu ergründen wäre.

3. Über Selbstausschaltung der Niere, von LEO BÜRGER-New York. Daß es Fälle von Nierentuberkulose gibt, in welchen eine Art „Autonephrektomie" stattfindet, in dem Sinne, daß das völlig zerstörte Organ sich inklusive des Harnleiters abkapselt und sowohl als Infektionsquelle wie überhaupt als funktionierendes Organ für den Körper nicht mehr in Betracht kommt, ist bekannt. BÜRGER setzt uns auseinander, daß etwas ganz Gleiches vorkommen kann, wenn der Harnabfluß durch einen im Ureter eingeklemmten Stein jahrelang verhindert wird. Während aber bei der tuberkulösen Niere es zu einer käsigen Umwandlung des Parenchyms, zu einer Hydronephrose mit trübem Inhalte kommt, bildet sich bei gesunder Niere infolge einer sich schleichend entwickelnden Behinderung des Urinabflusses eine einfache Hydronephrose, die zu einer vollständigen Ausschaltung der Niere mit ihren Funktionen führt. In diesem Falle ist dann bei einer Obduktion eine solche „auto-ausgeschaltete" Niere ein zufälliger Nebenbefund. BÜRGER bringt aus der Literatur und eigenen Beobachtung die Mitteilung einschlägiger, immerhin sehr seltener Fälle mit Abbildungen.

4. Über Trichophytie in der Leistengegend, von J. F. WINDELL-Louisville. WINDELL beschreibt einen Fall von Trichophytie in der Leistengegend, der auf die angewendeten spezifischen parasitiziden Mittel stets zurückging, aber mehrfach und zwar sehr verstärkt rezidivierte. Als ein chirurgischer Eingriff an der Rektalschleimhaut dicht an der Analöffnung wegen eines Darmleidens vorgenommen war, hörten die Rezidive der Trichophytie in der Leistengegend auf. WINDELL glaubt nun, obwohl er in der Literatur keine Angaben über Schleimhauterkrankungen durch Trichophytiepilze finden konnte, doch an die Möglichkeit einer solchen, weil er sich die wiederholten Reinfektionen nur als von der Rektalschleimhaut ausgehend erklären kann. Im Anschluß daran verbreitet er sich über die vielfachen Varietäten der Trichophytonpilze und über die Therapie. Dieselbe besteht in den altbekannten parasitiziden Mitteln in Salben oder Pastenform, bei veralteten Fällen in X-Strahlen oder Formalin. Über das „BLOCH"sche Trichophytin hat der Verfasser keine Erfahrungen; dagegen verspricht er sich eventuell Erfolge von Impfungen resp. Injektionen mit Autovakzine.

5. Syphilis der Kornea, von HARRY S. GRADLE-Chicago. Von den beiden Formen von Keratitis, für welche die Syphilis als ätiologischer Faktor anzusehen ist, nämlich die Keratitis interstitialis und die Keratitis parenchymatosa, beschäftigt sich der Verfasser nur mit der letzteren. Diese kommt fast ausschließlich bei Syphilitikern vor. Wenn in den Statistiken über den Ausfall der WR bei Keratitis parenchymatosa große Differenzen vorkommen, so schiebt das der Verfasser auf Ungleichheiten in der Herstellung

Digitized by Google

der Reaktion. Er zitiert die vier von Stephenson aufgestellten Grundsätze: 1. + WR ist ein sicherer Beweis, 2. eine negative WR ist kein Beweis für nicht vorhandene Lues, 3. eine + WR ohne andere klinische Symptome erheischt antisyphilitische Behandlung, 4. die ursprüngliche Methode der WR ist die beste. Verfasser selbst erklärt: eine parenchymatöse Keratitis ist auch bei negativer WR ein unbedingt sicherer Beweis für Syphilis. In der ungeheuren Mehrzahl der Fälle handelt es sich um hereditäre Lues. Eine Ausnahmestellung nimmt die intrauterine Keratitis ein, die bei der Geburt verschwindet; während sonst das Auffinden von Spirochäten sehr schwierig und nie sicher gelungen ist, finden sich bei der intrauterinen Keratitis sehr viele typische Spirochäten. Verfasser spricht dann über die Impferfolge zur Erzeugung von parenchymatöser Keratitis und über die Therapie; die letztere überläßt er den Syphilidologen, während den Ophthalmologen die Aufgabe zufällt, das zweite Auge zu schützen. Allerdings ist die Erkrankung nach seiner Erfahrung bei Kindern bis zur Pubertät meist bilateral. Lokale Anwendung von Salvarsan und Neosalvarsan, sowie subkonjunktivale Injektionen von autogenem Serum nach Darier sind nutzlos.

6. Moderne Behandlung der Brightschen Krankheit nach den Grundsätzen der Pathologie und Bakteriologie, von C. K. Berlin-Denver. Der Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß der Morbus Brightii eine Bakterienerkrankung und eine Folge von zu guter, fettreicher Ernährung ist. Daher empfiehlt er sorgfältige Nasen- und Mundhygiene, Beseitigung vnn Unterleibsstauungen (Bact. coli) und Regelung der Diät. Im übrigen nicht zu ausführlichem Referate geeignet.

7. Beschreibung zweier Fälle. In dem ersten war ein Stein im Orifizium des Ureters eingeklemmt; im zweiten war eine Hutnadel einer Dame in einer männlichen Urethra. Beide Gegenstände wurden durch einen operativen Eingriff mit einer Zange entfernt, von Abr. L. Wollbarst-New York. Die Überschrift erübrigt ein längeres Referat. Im Fall 1 lag ein Stein im Orifizium des rechten Ureters in der Blase und konnte mittels Fremdkörperzange unter Hilfe des Zystoskops extrahiert werden. Im Fall 2 hatte ein junger Mann mit der Hutnadel einer Dame gespielt und sich das runde Ende in die Urethra gesteckt; beim Versuche, es herauszuziehen, ging die Nadel weiter nach hinten und die Spitze in die Harnröhrenschleimhaut. Nach 30 Stunden, in denen der Patient heftige Schmerzen hatte und nur tropfenweise mit Blut vermengten Urin entleeren konnte, kam er in ärztliche Behandlung. Die Nadel mußte erst nach dem Bulbus zu vorgeschoben werden und konnte dann mittels des Endoskops und der Fremdkörperzange ganz entfernt werden. In beiden Fällen glatte Heilung.

8. Einige neue Betrachtungen über Nervensyphilis, v. H. J. Barbach-Louisville. Seit wir dank unserer Laboratoriumsforschungen und klinischen Beobachtungen wissen, daß die sogenannten metasyphilitischen Erkrankungen nicht Nachwehen der Syphilis sind, sondern die direkte Folge einer aktiven Infektion mit aktiven Treponemen im Gewebe, haben unsere Anschauungen eine gewaltige Wandlung erfahren. Wie die verschiedenen Mikroorganismen ganz verschiedenartige Erkrankungen hervorrufen und zu bestimmten Organen eine bestimmte Affinität haben und immer nur spezifische Krankheiten verursachen (d. h. wie die Pneumokokken nie Scharlach erzeugen usw.), so glaubt der Verfasser, daß es ganz bestimmte Treponemastämme gibt, die eine ganz bestimmte Affinität zu bestimmten Organen haben, und daß jede solche Varietät ein anderes Krankheitsbild schafft, je nach dem Organ, das sie sich zur Ansiedlung und Vermehrung aussucht. Er glaubt ferner, daß jeder Stamm sich genau nach seinem Ahnenstamm entwickelt. Diese zum Teil etwas unklaren und phantastischen Vorstellungen sucht Barbach durch seine Erfahrungen zu beweisen und bringt unter diesem Beweis-

Digitized by Google

material manche interessante Beobachtung: z. B. einen Fall, in dem der Patient, ebenso wie sein Vater und Großvater, an syphilitischen Paresen erkrankten, ohne daß bei einem von ihnen je ein Schanker oder irgend eine Haut- oder Schleimhauterkrankung aufgetreten wäre (? der Ref.). Ferner behauptet der Verfasser unter einem großen Krankenmaterial an Negern wenige gesehen zu haben, die im Alter von 25 Jahren nicht bereits luetisch infiziert gewesen wären; aber er habe nie einen Fall von Tabes bei Negern beobachtet, und es sei eine bekannte Tatsache, daß syphilitische Nervenaffektionen bei Negern sehr selten seien; man habe versucht, dies durch die meist sehr ungenügende spezifisch antisyphilitische Behandlung der Neger zu erklären, welche die Ausheilung der Krankheit den Abwehrstoffen des Organismus fast allein überließen. Dann bespricht der Verfasser die Therapie der syphilitischen Nervenerkrankungen und speziell die Swift-Ellissche Methode. Barbach resümiert ungefähr folgendermaßen: 1. besondere Stämme der Treponema pallida haben eine spezifische Affinität zum Nervensystem, 2. diese Stämme provozieren in der Regel nur wenige von den Kardinalsymptomen der Syphilis, besonders den typischen harten Schanker und einzelne Sekundärsymptome, 3. kein Fall von sicherer oder suspekter Syphilis darf aus der Behandlung entlassen werden ohne Spinalpunktion respektive negative Reaktion des Liquor, 4. der intraspinalen Behandlung muß eine systematische Allgemeinbehandlung vorausgehen, 5. Strengste Asepsis bei der Behandlung des Serums ist unerläßlich, 6. das Serum darf weder rote Blutkörperchen noch Hämoglobin enthalten, 7. die Methode von Swift-Ellis schadet bei richtiger Anwendung dem Patienten nichts und gibt sehr gute Resultate, 8. der Erfolg der Behandlung ist umgekehrt proportional der Schwere der vorhandenen Nervenerkrankung, 9. auch in Fällen, in denen die klinischen Symptome nicht erheblich gebessert werden, werden das Allgemeinbefinden und die Körperkräfte des Patienten sehr gehoben, 10. alle anderen Maßnahmen, welche die intraspinale Behandlung unterstützen können, müssen herangezogen werden. O. Lasch-Breslau.

Bücherbesprechungen.

Syphilis und Nervensystem, von Max Nonne. (S. Karger, Berlin 1915.) Nonnes treffliches Werk liegt uns in dritter Auflage vor. Ein Wort des Lobes über das Buch sagen, hieße Eulen nach Athen tragen; ist es doch längst für jeden, der sich für Nervensyphilis interessiert, ein unentbehrlicher Ratgeber geworden. In der seit Erscheinen der zweiten Auflage verstrichenen kurzen Zeit von sechs Jahren hat die Forschung eine Reihe von Befunden zutage gefördert, die für die Pathologie der Syphilis, besonders aber für die Nervensyphilis, von der größten Wichtigkeit sind; diesen Rechnung zu tragen erforderte eine Neubearbeitung des Werkes. So finden wir im Kapitel über die Ätiologie der Syphilis das Thema: Spirochaeta pallida, experimentelle Syphilis näher erörtert. Bei der Besprechung der syphilitischen Gefäßerkrankungen finden die Beziehungen zwischen syphilogenen Nervenerkrankungen einerseits und Aortitis luetica und Aneurysmen andererseits eingehende Würdigung.

Ein ausführliches Kapitel befaßt sich dann mit den „vier Reaktionen"; am eingehendsten mit der Zytodiagnostik, die in den letzten Jahren ja wesentlich ausgebaut wurde. (Auf S. 99, Zeile 7 von oben, heißt es irrtümlich wieder ccm statt cmm. D. Ref.) Man findet mancherlei wertvolle und anregende Winke; die Tabellen über die diagnostische Verwertung der „vier Reaktionen" bringen in knapper, übersichtlicher Form typische Beispiele. Im Kapitel über Meningitis spinalis erörtert Nonne die Frage, ob pathologisches Verhalten des Liquors eine Erkrankung des Zentralnervensystems beweist; er kommt zu

Digitized by Google

einem bejahenden Schlusse: das Auftreten der drei Reaktionen im Liquor beweist das Vorhandensein einer Meningitis. Bei Besprechung der Ätiologie der Nervensyphilis drängt sich naturgemäß die Frage der „Syphilis à virus nerveux" auf; Nonne kann sich unter dem Eindrucke der verschiedenen Befunde der Annahme nicht entziehen, daß es eine besondere Form oder Spielart der Spirochaeta pallida gebe, die der „Metalues" zugrunde liegt. Er möchte die Frage der Lues nervosa folgendermaßen fassen: am Nervensystem syphilogen zu erkranken, haben diejenigen Aussicht, bei denen die frühluetische Meningitis nicht zur Abheilung kommt.

Die weitgehendsten Veränderungen haben die Anschauungen über die sogenannte Metasyphilis erfahren; dementsprechend erfuhren die ihr gewidmeten Kapitel eingehende Umarbeitung. Die Frage der Metasyphilis ist heute bis zu einem gewissen Abschlusse gekommen; Verfasser gibt deshalb eine historische Übersicht über die Entwicklung dieser Frage, zeigt wie die zunehmenden Erfahrungen immer mehr darauf hinwiesen, daß Tabes und Paralyse durch den Syphiliserreger selbst hervorgerufen würden, bis schließlich Noguchis Befunde erwiesen, daß Tabes und Paralyse Spirillosen des Gehirns und Rückenmarkes seien. Nonne übt aber an allen diesen neuen Forschungsergebnissen erfreuliche Kritik, erörtert die möglichen Einwände und warnt vor übereilter einseitiger Verwertung der neuen Errungenschaften. Er kommt wohl zu dem Ergebnisse, daß Tabiker und Paralytiker Spirochätenträger seien, daß Tabes nur eine andere Lokalisationsform der Paralyse sei, und daß die Metalues im Sinne von „Nachkrankheiten" der Syphilis zu existieren aufgehört habe. Er betont aber auch, daß die Rolle der Spirochäten bei der Pathogenese der Metalues noch nicht aufgeklärt sei, daß man in Rücksicht auf deren Klinik ohne die Annahme eines Giftes vorläufig nicht auskommen könne. Die Strümpellsche Theorie hat also heute mit einer Modifikation noch immer ihre Berechtigung. (Der positive Inokulationsversuch mit Metaluiker-Liquor, den Nonne vermißt, ist inzwischen geliefert worden.)

Die Syphilistherapie hat durch die Einführung des Salvarsans ebenfalls verschiedene Umwälzungen erlebt. Verfasser bespricht die Verabreichung von Salvarsan und Neosalvarsan im allgemeinen, wie im besonderen bei Nervensyphilis (intralumbale Injektionen). Seiner Ansicht nach kann man bei einzelnen Fällen von Lues cerebrospinalis mit den neuen Mitteln raschere und kräftigere Wirkungen als mit den alten erzielen, sind ferner noch Erfolge möglich, wo diese versagen; doch kann er einen besonders auffälligen Vorzug gegenüber Quecksilber und Jod nicht finden. Ob vielleicht durch Salvarsanbehandlung der Frühsyphilis die Nervenerkrankungen verhütet werden können, muß die Zukunft lehren. Die Beeinflussung der „vier Reaktionen" durch Salvarsan ist inkonstant. Naturgemäß kommt der Verfasser auch auf die Neurorezidive zu sprechen; er betrachtet sie als syphilitische Erkrankungen, gibt aber zu, daß Salvarsan Spirochätenherde mobilisieren kann, die sonst latent geblieben wären. Ob dies ein Vorteil ist, bleibt fraglich.

Damit, daß ich aus dem umfangreichen Werke einzelne Kapitel herausgehoben habe, soll nicht gesagt sein, daß die anderen nichts Neues bringen. Auch sie sind vermehrt und erweitert; Nonne hat sich bemüht, durch neue Krankengeschichten, bei denen die modernen Erfahrungen schon in Anwendung gekommen waren, das Gesagte zu beleuchten. Die Zahl der Abbildungen ist von 97 auf 150 vermehrt worden. Alles in allem wird auch die neue Auflage von den Fachgenossen mit großer Freude aufgenommen werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Zur Frage der neurotropen Wirkung des Salvarsans, von Robert Löwy. (W. kl. W., 1914, Nr. 32.) An der Hand von zwei Beobachtungen an nach Salvarsaninjektion gestorbenen und ad sectionem gekommenen Individuen kann kein Anhaltspunkt dafür gefunden werden, daß das Arsenobenzol neurotrop wirke. Die histologische Untersuchung des Markes ergab, daß die gesetzten Veränderungen die Folge primärer Gefäßschädigung waren. Das Arsenobenzol bewirkt nur eine allgemeine neurotoxische Veränderung und diese nur dann, wenn schon eine Überempfindlichkeit oder ein besonderer Prozeß an den Gefäßen des Nervensystems besteht. H. Vörner-Leipzig.

Zur Salvarsanintoxikation, von Karl Ullmann-Wien. (W. m. W., 1913, Nr. 29 u. 30.) Der Patient, um welchen es sich hier handelt, hatte sich im Anfang des Jahres 1910 einen Primäraffekt zugezogen. Bis zum Jahre 1913 war mehrere Male eine Hg-Injektionskur appliziert worden, aber es hielt immer eine hochgradige WR an. Aus diesem Grunde erhielt der Kranke am 22. März 1913 eine Neosalvarsaninjektion von 0,75. Während diese gut vertragen wurde, war es mit einer intravenösen Salvarsaninfusion von 0,45 anders. In der übernächsten Nacht stellte sich hohes Fieber, Kopfschmerzen und Schwindel ein. Am dritten Tage traten zunehmende epileptiforme Krämpfe ein, welche sich tiefförmig vorwiegend auf einer Gesichtshälfte und in der Nackenmuskulatur abspielten. Auf der Haut trat ein hellrotes makulöses Salvarsanexanthem auf. Nach zweitägigem Koma starb der Kranke an Lungenödem am achten Tage nach der Infusion. Bei der Sektion ergab sich als Hauptdiagnose: Pneumonia hypostatica bilateralis lobi utriusque, Encephalitis haemorrhagica, Leptomeningitis granulosa. H. Vörner-Leipzig.

Zur Frage der Salvarsanschädigung, von Stümpke. (Ärztl. Korr. Bl. Niedersachsen, 1914, Nr. 11.) S. kommt zu dem Ergebnis, daß man trotz der Schädigungen, die das Salvarsan im Gefolge haben kann (Kollaps, Encephalitis haemorrhagica acuta, Neurorezidive, epileptische Krämpfe, Ikterus und Arzneiexanthem) nicht auf die großen Vorzüge dieses Mittels verzichten kann. E. Brinitzer-Altona.

Ein Todesfall durch akute Arsenvergiftung nach Salvarsaninjektion bei einer Nichtluetischen, von Lube-Braunschweig. (D. m. W., 1914, Nr. 19.) Es handelt sich um eine 54 Jahre alte Patientin mit Vitium aortae mit negativer WR, aber fünf Aborten in der Anamnese. Da kein Gelenkrheumatismus überstanden worden war, wurde luetische Ätiologie angenommen. Patientin erhielt innerhalb acht Tagen 0,8 Salvarsan in drei Dosen geteilt. Sieben Tage nach der letzten Infusion Temperatursteigerung, Leibschmerzen, blutige Durchfälle, Erbrechen, Meteorismus. Da an eine Embolie der A. mesenterica gedacht wurde, Operation, die die Diagnose nicht bestätigte. Schließlich trat Ikterus, Eiweiß und Zylinder im Urin auf. 24 Stunden nach der Operation, 48 Stunden nach dem ersten Auftreten der Darmerscheinungen, trat der Tod ein. Keine Gehirnerscheinungen, Sensorium war dauernd frei. Die Sektion ergab: Mitralstenose, Aorteninsuffizienz und geringe Stenose nach alter Endokarditis. Ausgedehnte nekrotische, hämorrhagische, diphtherische Enteritis. Degenerative Fettleber mit beginnender Atrophie. Magenperforation: frische Peritonitis (Arsenvergiftung nach Salvarsan), Gallensteine, Struma nodosa. Im Vordergrund standen hier die Magen- und Darmerscheinungen, sub finem noch die Leber- und Nierensymptome. Vielleicht habe

Digitized by Google

durch die Struma, also durch eine Funktionsstörung der Schilddrüse, die noch obendrein durch vorher genommene 30 g Jodkali ungünstig beeinflußt sein kann, der Abbau des Salvarsans in fehlerhafter und für den Organismus so deletärer Weise stattgefunden. Eine andere Ursache ließ sich nicht finden. B. Junghanns-Dresden.

Über Salvarsannatrium, von Wechselmann-Berlin. (M. m. W., 1915, Nr. 6.) Wiederum hat Ehrlich die Syphilisbehandlung um einen erheblichen Schritt gefördert. Mit dem Salvarsannatrium hat er ein leicht lösliches und daher relativ einfach zu handhabendes Präparat zur Verfügung gestellt, das bei 20%igem Arsenikgehalt nicht größere Gefahren für eine Arsenikvergiftung in sich schließt als das Neosalvarsan, vielmehr sich infolge der Leichtlöslichkeit erheblich günstiger stellt. Bei rund 12 000 Injektionen, die auf der Wechselmannschen Klinik im Laufe von $1^1/_2$ Jahren gegeben wurden, hat sich keine nennenswerte Störung ereignet, sondern das Präparat hat sich nach jeder Richtung hin außerordentlich bewährt. Allerdings fordert W. streng genaue Befolgung der Vorschriften für die Verabreichung. Das Salvarsannatrium ist sehr wenig luftbeständig, und die goldgelbe Farbe geht rasch durch Oxydation in eine dunklere braune über, wobei das Mittel unlöslich und stark giftig wird. In der Regel wurden Gaben von 0,3—0,45 resp. 0,6 verabreicht und dies zwei- und dreimal in der Woche wiederholt. Die Vorschrift bei der Injektion lautet: In einem sterilen Erlenmeyer-Kölbchen wird Salvarsannatrium in 0,4%iger Kochsalzlösung aufgelöst und zwar im Verhältnis von 1 : 100. Die NaCl-Lösung muß aus frisch destilliertem Wasser und chemisch reinem Kochsalz bereitet werden und ist zwecks Sterilisation stark aufzukochen. Das Salvarsannatrium darf erst nach dem Erkalten der Lösung zugesetzt werden. Die fertige Salvarsannatriumlösung wird durch noch feuchte, in 0,4%iger NaCl-Lösung gekochte Verbandwatte mit Hilfe eines Glastrichters filtriert. Alle Geräte sind bei 120° trocken zu sterilisieren. Die intravenöse Injektion wird in der üblichen Weise ausgeführt, wobei der Wechselmannsche Kugelventilapparat sich sehr bewährt hat.

A. Philippi-Salzschlirf.

Salvarsannatrium und seine Anwendung in der Praxis, von G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1915, Nr. 6.) Das Salvarsannatrium stellt in dauerhafter Form dasselbe dar, was sonst mit Altsalvarsan durch Alkalisieren für jede Injektion frisch hergestellt werden mußte. Es entspricht, was die Gewichtsteile und die Dosierung betrifft, dem Neosalvarsan; 0,3 Salvarsannatrium = 0,2 Altsalvarsan. Wie zu erwarten stand, sind die damit erzielten therapeutischen Resultate die gleich guten wie bei der sonstigen Salvarsanbehandlung, und unter 450 Injektionen waren nur 20, die mit einer geringen Temperatursteigerung (37,5°—38°) verbunden waren. Dabei wurden mehr als 100 Einspritzungen ambulant und ohne Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit verabreicht. Allerdings wurde die Vorsicht dabei beobachtet, die Behandlung in den Abendstunden vorzunehmen und jegliche Anstrengung bis zum nächsten Morgen vermeiden zu lassen. Als Gesamtdosis wurden in 6—8 Wochen 4—$7^1/_2$ g Salvarsannatrium einverleibt; die Einzeldosis betrug 0,15—0,75 g in 30 ccm Wasser gelöst. Wurde daneben Quecksilber verabreicht, was fast immer in der Form von 40%igem Oleum cinereum geschah, so wurden wöchentlich zwei, sonst drei Salvarsaninjektionen gegeben. Von der Verwendung von Kochsalzlösung wurde abgesehen, dafür aber besonderes Gewicht auf absolut sicheres Sterilisieren des verwendeten Wassers gelegt. Zu diesem Zwecke empfiehlt D. aufs wärmste den von W. Hof angegebenen (von B. B. Cassel-Frankfurt zu beziehenden), aus reinem Quarzglas hergestellten Destillierapparat, den Hof-Destillator aus Bergkristall, welcher in jeder Beziehung tadellos funktioniert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Konzentrierte Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan, von L. Martinotti. (Riforma med., 1914, Nr. 15.) Verfasser empfiehlt die Methode der konzentrierten Injektionen. R. Frühwald-Leipzig.

Besonderer Einfluß des Neosalvarsans auf die Speichelsekretion, von A. Obregia und A. Popea. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 27.) Die Abelinsche Reaktion mit Speichel Neosalvarsanbehandelter gibt nicht wie die anderen neosalvarsanhaltigen Flüssigkeiten eine rote, sondern eine blaue Färbung der Überschichtungszone. Es muß sich um ein eigenartiges Produkt der Drüsenzellen handeln, das diese unter dem Einfluß von Neosalvarsan absondern. W. Lutz-Basel.

Vorläufige Mitteilung über die Verwendung des Neosalvarsans bei verschiedenen Krankheiten, von F. van den Branden und A. Dubois. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1914, 11.) Die Erfolge der Neosalvarsanbehandlung bei den Erkrankungen der schwarzen Bevölkerung waren im allgemeinen ebenso befriedigend wie die des Salvarsans, wenn darauf geachtet wurde, daß genügend große Dosen zur Anwendung gelangten. Als das Mindestmaß der Einzeldosis geben die Verfasser 0.015 pro kg Körpergewicht an. H. Boehme-Leipzig.

Beweis der Überlegenheit der Zubereitung von Neosalvarsan bei Luftabschluß über die Methode der Zubereitung bei Luftzutritt, von Mistiaen. (Rev. belge d'urol. et de derm.-syph., 1914.) Im Institut von Duhot-Brüssel wurden Tausende von konzentrierten Neosalvarsaneinspritzungen gemacht, ohne daß ein Fall von Ikterus vorgekommen ist, während andere Verfasser, die nach der Methode von Ravaut vorgegangen sind, bis zu 20% Ikterusfälle gehabt haben. Die Erklärung findet M. darin, daß entweder bei den anderen Verfasser die gleichzeitige Hg-Behandlung zu stark war oder — und darauf legt er den Hauptwert — daß zu viel Manipulationen mit dem Neosalvarsan vor dem Einspritzen vorgenommen wurden. Genaue Untersuchungen haben ergeben, daß das Neosalvarsan viel toxischer wird, wenn es auch nur einige Minuten der Luft ausgesetzt wird. M. vermeidet diesen Übelstand, indem er mit Hilfe eines Verschlußstücke die Spritze selbst als Rezipienten zur Auflösung benutzt. E. Brinitzer-Altona.

Vereinfachung der Technik der konzentrierten Neosalvarsaninjektionen, von P. Le Damany. (Presse méd., 1914, Nr. 57.) Verfasser schaltet zwischen die Spritze und die Nadel einen Gummischlauch. (Dieses Verfahren scheint mir keine Vereinfachung, sondern eine Komplikation der Technik zu sein. Geschicklichkeit ist und bleibt die Hauptsache. D. Ref.) R. Frühwald-Leipzig.

Bericht über eine ungewöhnliche Wirkung von Neosalvarsan auf die Haut, von J. H. Sheldon-Insein-Birma. (Lanc., 11. Juli 1914.) Ein seit etwa Jahresfrist syphilitisch infizierter Einheimischer erhielt zwei Dosen Neosalvarsan (0,9) intravenös und sieben Einreibungen mit Quecksilber. In gutem Zustand entlassen, kehrte er nach drei Wochen zurück mit einer den ganzen Körper umfassenden Dermatitis. Die Haut war in toto geschwollen, hart, verdickt und zeigte enorme Schuppenbildung und stellenweise Ablösung von größeren Epidermisfetzen, ausgiebige Rhagadenbildung und intensivsten Juckreiz. Unter Behandlung mit Olivenöl und innerlicher Darreichung von Hg erfolgte bald Genesung. Verfasser denkt die Affektion als eine durch Arsenik bewirkte Dermatitis. A. Philippi-Salzschlirf.

Über Thigan, von E. Saalfeld-Berlin. (M. m. W., 1915, Nr. 8.) Thigan ist eine haltbar gemachte Lösung von Thigenolsilber, welche sich nach S. durch Reizlosigkeit und günstige Wirksamkeit sowohl im akuten wie im chronischen Stadium der Blennorrhoe auszeichnet. Man läßt in der üblichen Weise 10 ccm in der Regel injizieren und bis zu 15 Minuten in der Harnröhre zurückhalten. Dies kann auch bei akuten

Digitized by Google

Fällen 3—6 mal im Tage wiederholt werden. Es können auch Janetsche Spülungen mit dem Mittel in einer Verdünnung von 1 + 9 oder sogar 1 + 4 Aq. dest. gegeben werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Über intravenöse Injektionen mit Toxynon, einem neuen Quecksilberpräparat, bei Syphilitischen und Nichtsyphilitischen, von C. Gutmann-Wiesbaden. (B. kl. W., 1913, Nr. 34 und 35.) Verfasser hat das von den vereinigten chemischen Werken in Charlottenburg hergestellte 48% Hg enthaltende Präparat geprüft. Die Behandlung wurde kombiniert mit Salvarsanbehanlung und zwar so, daß mit Toxynon eine Vorbehandlung von 10 Tagen Dauer erfolgte. Dosis 0,1, am Tage darauf dieselbe Menge, dann ein Ruhetag, am vierten Tag meist 0,15, manchmal 0,2, Schwächliche erhalten die gleiche Dosis wie anfangs weiter. Diese Dosierung wird während der ganzen Dauer der Kur beibehalten. Nach Abschluß der Vorbehandlung die erste Salvarsaninfusion, weiterhin immer eine solche auf zwei Toxynoninjektionen. Gesamtdauer der Behandlung sechs Wochen. Während letzterer größte Gesamtdosis Toxynon 3 g neben durchschnittlich 3 g Salvarsan. Die in der weit überwiegenden Mehrzahl nach der ersten Injektion auftretenden Fiebererscheinungen, die sich jedoch auch im Anschluß an die eine oder andere der nachfolgenden Einspritzungen zeigten, erklärt Verfasser mit der Vernichtung größerer Spirochätenmengen mit einem Schlage, erblickt darin also eine besonders kräftige Wirkung des Präparats. Für letztere wird auch der fast stets reaktionslose Verlauf hochdosierter, erster Salvarsaninfusionen nach Toxynonvorbehandlung angeführt. Daß die bei den Syphilitikern zur Beobachtung gelangten Nebenwirkungen des Präparats auch bei Nichtsyphilitikern im großen und ganzen in Erscheinung treten, erklärt Verfasser damit, daß das Toxynon, abgesehen von den Spirochäten, auch auf Bakterien aller Art vernichtend einwirkt, oder mit toxischen Eigenschaften des Mittels.

E. Klemm-Leipzig.

Angioneurosen.

Raynaudsches Syndrom; chronische Nephritis und Tuberkulose, von Achard. Semaine méd., 1914, Nr. 30.) Die symmetrische Gangrän war in diesem Falle ausgedehnter als gewöhnlich. Die Nasenspitze zeigte einen Schorf, an den Fingern waren die beiden Phalangen mortifiziert, an den Füßen erstreckte sich die Gangrän nicht nur auf die Zehen, sondern auch auf die Fußsohle. Besserung durch Heißluft und Perubalsam; die Kranke starb an Nephritis und tuberkulösen Erscheinungen. Kein Zeichen von Syphilis. R. Frühwald-Leipzig.

Beiträge zur Pathologie des Ödems (1. Mitteilung), von L. Hess und H. Müller. Zschr. f. exper. Path. u. Ther., 1914, Bd. 17, H. 1.) Gegenstand dieser und weiterer Abhandlungen sind klinische und experimentelle Studien über Hydropsien und Kapillarblutungen im Bereich des großen Kreislaufes. Auf Grund ihrer Tierversuche gelangten Verfasser zu der Schlußfolgerung: Aromatische m-Diamine (nicht hingegen die isomeren erzeugen nach subkutaner Injektion ohne Hydrämie, im Gegenteil unter dem Bilde der Bluteindickung, ohne Nierenstörung, vielmehr durch Alteration der Kapillaren und Steigerung der Filtration Hydrops. E. Klemm-Leipzig.

Beiträge zur Pathologie des Ödems (2. Mitteilung), von L. Hess und H. Müller. (Ibidem, Bd. 17, H. 1.) Bericht über Versuche, die zum Ergebnis führten, daß Pyrodin und m-Polylhydrazin (nicht die anderen beiden isomeren) bei subkutaner Applikation an Tieren Hydrops bzw. Ödem erzeugt. E. Klemm-Leipzig.

Angioneurotisches Ödem (chronisches Ödem), von Carl E. Munger-New York. (M. Record, 1914, Nr. 23.) Schilderung zweier Fälle; sonst nichts Neues.

O. Gans-Karlsruhe.

Digitized by Google

Zur Kenntnis des Oedema angioneuroticum paroxysmale (Quincke), von O. Roth-Zürich. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 52, H. 1—2.) Es empfiehlt sich, die Arbeit im Original nachzulesen. O. Lasch-Breslau.

Zur Pathogenese des Quinckeschen Ödems, von P. Neúda. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 29.) Für die Erkrankung sind charakteristisch: 1. Milzschwellung, 2. Urobilinurie und 3. Anstieg des Hämoglobingehaltes und des Färbeindex vor und im Anfall. Alle drei Symptome lassen sich durch eine Hämolyse, durch Zerstörung der roten Blutkörperchen in der Milz erklären. Das Quinckesche Ödem wäre demnach ein Symptom einer durch irgend eine Noxe bedingten Hämolyse. R. Frühwald-Leipzig.

Heilung eines Falles von Schwangerschaftsdermatose mit Ringerscher Lösung, von Roos. (Zbl. f. d. ges. Med., 1914, Nr. 24.) Bei einer 27jährigen Erstgebärenden entwickelte sich acht Tage vor der Geburt plötzlich unter heftigstem Juckreiz ein symmetrisch angeordneter, besonders auf die Extremitäten lokalisierter Ausschlag. Die großen Labien sind zu unförmigen, fast kindskopfgroßen Gebilden umgewandelt, die sich als Ödem charakterisieren. Nach Injektionen von 30, 50 und 60 ccm Ringerscher Lösung, in Zwischenpausen von 48 und 24 Stunden, subkutan in den rechten Oberschenkel, trat objektiv und subjektiv Heilung ein. E. Brinitzer-Altona.

Über dysenterische Rheumatoide, von Gustav Singer-Wien. (W. m. W., 1915, Nr. 6.) Es handelt sich um einen Fall, welcher mit dysenterischen Symptomen und einer doppelseitigen Knieschwellung ins Spital kommt. Die bald ausgeführte Punktion ergibt ein steriles Exsudat. Später sind noch andere Gelenke geschwollen. An den Knien und Händen tritt ein bullöses Erythem auf. Im Venenblute finden sich Streptokokken, in den Blasen diese Staphylokokken und Wurzelbakterien. Verfasser sieht in diesem Prozesse eine Verwandtschaft mit der Polyarthritis rheumatica.

H. Vörner-Leipzig.

Über Beziehungen zwischen Anaphylaxie, Urtikaria und parenteraler Eiweißverdauung, von Hans Mühsam und Julius Jacobsohn. (D. m. W., 1915, Nr. 21.) Bei zwei Fällen von Urtikaria — nach Krebs- und Krabbengenuß — zeigte sich bei der Abderhaldenschen Reaktion eine sehr starke Verdauung von Krebs- resp. Krabbeneiweiß durch das Serum des Patienten zur Zeit des Urtikariaanfalles. Nach Ablauf der Urtikaria zeigte das Blut keinen Abbau für Krebs- resp. Krabbengewebe mehr.

E. Brinitzer-Altona.

Klinische Studien über den Dermographismus, von Richard Rezniček. (W. kl. W., 1914, Nr. 44.) Bei den betreffenden Patienten wurde eine Beeinflussung durch thermische, elektrische und chemische Reize versucht. Wärme war ohne Einfluß, um so mehr die Kälte. Wurde die Haut mit Chloräthyl bis zum Weißwerden abgekühlt, so bewirkte ein gezogener Strich nur im Gesunden eine Quaddelleiste. Im Bezirk der gekühlten Haut blieb jede Reaktion aus, est nach 10—15 Minuten bildete sich eine niedrige Elevation. Wurde aber im erkälteten Gebiet noch Wärme appliziert, so wurde das Phänomen in fast gleicher Stärke hervorgerufen, obwohl man den Eindruck hatte, daß der wirksame Reiz schon längst hätte erloschen sein müssen. Elektrizität war wirkungslos. Von chemischen Mitteln waren es Atropin, Pituitrin und Pilokarpin. Adrenalin zeigte eine deutliche Beeinflussung. Während das Mittel auf das Befinden des Patienten wirkte, bildeten sich nur schwache blasse Quaddelleisten. Etwa acht Minuten nach der Injektion erzeugte die mechanische Reizung Quaddelleisten, welche bei dem Kranken sonst niemals zur Beobachtung gelangt waren, etwa eine Stunde nach der Injektion waren die Leisten wieder weiß. H. Vörner-Leipzig.

Zur Pathogenese der Urtikaria, von Jadassohn und L. Rothe-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 11.) Auf Grund von Experimenten haben die Verfasser zwischen der

Digitized by Google

urtikariellen und der klassischen „eigentlichen" Entzündung der Haut Differenzen aufgefunden, welche uns die Verschiedenheiten des Ablaufs beider verstehen lassen. Mit Urtikaria antwortet die Haut auf Reize, die eine schnellere Reaktion bedingen, und diese schnellere Reaktion führt zu schnellerer Wegschaffung des schädlichen Agenz. Aber damit ist natürlich nichts darüber ausgesagt, warum der eine Stoff in typischer Weise, d. h. bei jeder normal reagierenden Haut, Urtikaria, der andere Entzündung im alten Sinne auslöst. Diese Frage ist zurzeit wohl überhaupt nicht zu beantworten.

G. Heymann-Elbing.

Urtikaria als Folge von Blutegelapplikation, von Arnold Netter und Jean Köchlin. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 24.) Die Ursache dürfte das die Koagulationsfähigkeit des Blutes herabsetzende Sekret der Blutegel sein. Mit der Urtikaria trat ein Reizzustand des Fazialis auf (Chvosteksches Phänomen), auf dessen Zusammenhang mit einem Kalziumdefizit des Organismus die Verfasser schon früher hingewiesen haben.

W. Lutz-Basel.

Menschenserum gegen Urtikaria, von A. W. Swann†-New York. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 9.) Die Arbeit enthält einen genauen Bericht über einen Fall von sehr hartnäckiger Urtikaria, bei welchem die intravenöse Injektion von Menschenserum eine vollständige Heilung herbeigeführt zu haben scheint. Es handelte sich um eine 45jährige, wenig robuste Witwe, welche acht Monate vor der Aufnahme eine starke Urtikariaattacke im Verein mit gastrischen Störungen erlitten hatte und seitdem trotz Diätbeschränkung mehrere Rezidive durchgemacht hatte. Die Blutgerinnung zeigte eine sehr erhebliche Verlangsamung; bei Zusatz von Menschenserum erfolgte aber an den Blutproben die Gerinnung in normalen Zeitgrenzen. Die Hautreaktion zeigte auf Milch ein leicht positives Resultat, dagegen für verschiedene andere Substanzen, Eieralbumin, Hühnerserum usw., ein negatives Verhalten. Nebst sorgfältig gewählter Diät wurde zur Behandlung frisches Serum, das vom Bruder der Patientin geliefert wurde, verwendet. Es wurden ca. 100 ccm, auf sechs Injektionen mit Zwischenräumen von 8—20 Tagen verteilt, verabreicht. Seit der fünften Injektion sind etwa acht Monate verflossen ohne Rezidiv, und das Gesamtbefinden hat sich wesentlich gebessert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Serumexanthem nach Tetanusantitoxininjektion, von E. Vogt-Dresden. (M. m. W., 1915, Nr. 10.) Ein 25jähriger Mann wurde mit einer handtellergroßen Granatsplitterverletzung am Hinterkopfe im Feldlazarett aufgenommen und erhielt, da die Wunde stark mit Lehm und Schmutz durchsetzt war, nach angemessener chirurgischer Behandlung drei Tage später eine Injektion von 20 AE Tetanusantitoxin Höchst in die Außenseite des rechten Oberschenkels. Nach zehntägigem, fast symptomlosem Verlauf stellte sich Juckreiz an der Injektionsstelle ein und tags darauf ein urtikariaartiger Ausschlag mit Quaddelbildung und Hautrötung am ganzen oberen Drittel des Oberschenkels. Unter einem feuchten Verbande vergingen alle Läsionen im Verlauf von etwa 24 Stunden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Behandlung geschlechtskranker Soldaten im Kriege, von Carl Stern. (D. m. W., 1915, Nr. 16.) In jedem Armeekorpsbezirk der Heimat sollten, soweit es noch nicht der Fall ist, größere oder kleinere Sonderreservelazarette für Venerische unter fachmännischer Oberleitung eingerichtet werden. An diese Lazarette sind, nach Art der poliklinischen Einrichtungen, Behandlungsmöglichkeiten für diejenigen Soldaten an-

Digitized by Google

zugliedern, die aus dem Lazarett nach Ablauf der akuten infektiösen Erscheinungen, als einer klinischen Behandlung nicht mehr bedürftig, entlassen sind. Diese Soldaten sind also nicht in ihre Heimatgarnison zu entlassen, sondern müssen in dem Ort verbleiben, in dem sich das Sonderlazarett befindet, und müssen hier unter der Spezialbehandlung des Fachmanns verbleiben. Diese in Kasernen unterzubringenden, garnisondienstfähigen Soldaten wären streng abzusondern und militärisch zu beschäftigen. Wir erreichen durch diese „ambulante" Nachbehandlung eine Verminderung der Verpflegungskosten in den Lazaretten, eine Gewöhnung der Patienten an eine wenn auch nur teilweise Beschäftigung und eine Ausnutzung der natürlichen Heilfaktoren für die Wiederherstellung der Kranken. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Vorbeugung der venerischen Erkrankungen in der Armee, von Franz v. Krysztalowicz-Krakau. (Militärarzt, 1915, Nr. 6.) Der Verfasser lenkt die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und empfiehlt als Prophylaktikum den Gebrauch der Präservativs (Kondom), sei es im Wege der Belehrung oder eines direkten Befehls. Schon bei der Einreihung sollte der Soldat belehrt werden. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde, von Kurt Mendel, z. Z. Garnisonarzt in Chauny. (D. m. W., 1915, Nr. 4.) M. erwidert polemisierend gegenüber den Ausführungen von Buschke in Nr. 48 der D. m. W., daß es dessen Mitteilungen an das Kriegsministerium nicht bedürft hätte, um auf die Infektionsgefahren in Chauny aufmerksam zu machen. Alle erforderlichen Maßnahmen wären auch ohnedies getroffen worden. M. hat eine Eingabe an die vorgesetzten Dienststellen verfaßt, worin er unter Hinweis auf das Unzureichende aller anderen Maßnahmen ein Verbot des Geschlechtsverkehrs unter Strafandrohung im Falle des Nachweises einer Geschlechtskrankheit empfiehlt. Die Mannschaften müßten wöchentlich ärztlich untersucht werden. Zum mindesten wäre zu verlangen, daß allwöchentlich die Soldaten auf die durch die Geschlechtskrankheiten bedingte Gefahr hingewiesen werden. Zu einem Verbot haben sich aber die vorgesetzten Dienststellen nicht entschließen können.

E. Brinitzer-Altona.

Erwiderung zu obigen Bemerkungen, von A. Buschke. (D. m. W., 1915, Nr. 4.) B. erblickt in gut überwachten Bordells die beste prophylaktische Maßnahme. Daneben können zwangsweise desinfektorische Maßnahmen an den Soldaten zur Durchführung gebracht werden. Ganz entschieden wendet sich B. gegen die Auffassung Mendels, daß den Soldaten unter Strafandrohung der Geschlechtsverkehr verboten werden solle. Strafen haben niemals eine Wirkung gehabt. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Dr. Henry K. Gaskill wurde an Stelle des zurückgetretenen Prof. Henry Stelwagon zum konsultierenden Dermatologen des Philadelphia General Hospital gewählt.

Dr. Leopold Arzt und Dr. Wilhelm Kerl, Assistenten der Klinik für Dermatologie und Syphilis (Prof. Riehl) sowie Dr. Robert Otto Stein, Assistent der Klinik für Syphilis und Dermatologie (Prof. Finger) in Wien, haben sich als Privatdozenten für Dermatologie und Syphilidologie habilitiert.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. September 1915 | Nr. 38 | Band 61

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille.)

Ein Simulationsfall von Gesichts-Ulkus bei einer Hysterischen.

Von

Dr. Hans Marx.

(Mit 1 Abbildung.)

Bekanntlich wurden in früheren Zeiten vielerlei Hautkrankheiten und oft mit großem Erfolge simuliert. Um eine Hautkrankheit nachzumachen, bedarf es wie Thibierge[1]) sagt, einer ausreichenden Kenntnis derselben sowie der hierfür nötigen chemischen und physikalischen Mittel. Wenn wir in der neueren, von mir[2]) bei einer früheren Gelegenheit zusammengestellten Literatur Umschau halten, so sehen wir, daß Vortäuschungen von wirklichen Hautkrankheiten weitaus seltener geworden sind; das Hauptkontingent stellen die Hysterischen mit ihren Blaseneruptionen, Ulzerationen und Hautgangränen.

Dazu kommen, wie Rille[3]) erwähnt, die in den letzten Jahren, besonders seitdem es die Kranken- und Invalidenversicherung gibt, auffällig häufig gewordenen, von Rentenjägern — demnach also auch von Männern — in betrügerischer Absicht durch Kantharidien hervorgebrachten und an Pemphigus erinnernden Blasenbildungen.

Ein Fall, der unter die ulzerösen Formen der simulierten Dermatosen einzureihen ist, wurde an der Leipziger dermatologischen Klinik beobachtet.

Anna H., 28 Jahre alt, frühere Prostituierte, wurde vom Plagwitzer Krankenhause unserer Klinik behufs Diagnose und Behandlung am 15. I. 1909 überwiesen.

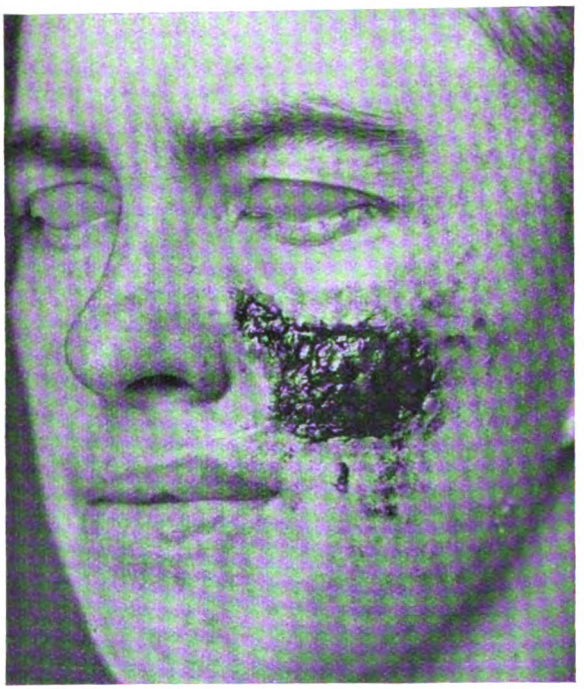
Als Kind Masern und Scharlach. Erste Menstruation mit 14 Jahren; menstruiert regelmäßig alle vier Wochen.

Nullipara. Vor 5—6 Jahren bildeten sich angeblich an den Nates und am Rücken nacheinander etwa sechs markstückgroße, rote, schmerzhafte Knoten, aus denen sich etwas Eiter entleerte, und welche dann spontan verheilten. Bald nach dieser Zeit traten Geschwüre an den Schamlippen auf. In der medizinischen Klinik in Halle a. S. wurde

[1]) Thibierge, Eruptions artificielles. In La Pratique derm., hrsg. v. Besnier, Brocq u. Jacquet, II, S. 497—503, Paris 1901. — [2]) Marx, Über Simulation von Hautkrankheiten. Dissertation, Leipzig 1910. — [3]) Rille, Farbige Photographien von Hautkrankheiten. M. m. W., 1915, Nr. 4, S. 125.

Digitized by Google

Patientin mit acht Touren Inunktionskur behandelt. Während der nächsten zwei Jahre war sie wiederholt in der Hallenser Klinik, ist aber dort nie wieder einer spezifischen luetischen Behandlung unterzogen worden. Seit fast drei Jahren ist Patientin in Leipzig in Behandlung. Sie suchte zuerst das Krankenhaus St. Jakob wegen Geschwüren am rechten Fuß und Knöchel auf und wurde auf der chirurgischen Abteilung behandelt. Mitte Dezember 1905 bis Anfang Februar 1906 lag sie dann auf der inneren Station wegen Hysterie; sie litt damals an Zitteranfällen und Schwächeanwandlungen, bei denen „es ihr schwarz vor den Augen wurde". Die Anfälle dauerten oft über eine Stunde lang. Sie wurde mit Bädern und innerlich mit Tinctura Valeriana und Tinct. Asae foetidae behandelt. Vom 16. II. 1906 bis 31. V. 1906 war sie wegen entzündlichen Pes planus, Geschwüren am Fuß und psychischer Depression wieder in Behandlung und wurde dann nach dem Plagwitzer Krankenhause verlegt.



Seit ca. 11 Wochen besteht ein Geschwür an der linken Wange. Patientin gibt an, zuerst sei dort ein kleines „Blütchen" spontan entstanden, welches sich allmählich zu dem großen Ulkus entwickelt habe. Die Geschwüre am rechten Fuß sind seit ca. 5 Wochen geheilt; er ist noch gering geschwollen.

Im Plagwitzer Krankenhause bestand die Behandlung in einer fünfwöchigen Inunktionskur und später in Atoxylinjektionen (ca. 3 Wochen lang jeden zweiten Tag); innerlich wurde sie mit Arsentropfen, Kal. jodat. und Jodglidine behandelt, lokal vorwiegend mit feuchten Verbänden.

Status praesens: Mittelgroße, grazil gebaute, sehr blasse Patientin in ziemlich schlechtem Ernährungszustand. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Hysterischer Habitus. Konjunktival- und Würgreflex fehlen. Keine hysterogenen Zonen; keine Analgesie.

Haut: An der linken Wange findet sich ein nicht ganz fünfmarkstückgroßes, annähernd dreieckiges, scharfrandiges Geschwür. Der obere Rand desselben verläuft etwa in gleichem Sinne mit dem unteren Augenhöhlenrande und ist fast gerade. Der innere Rand zieht zunächst längs der Nasolabialfurche, biegt dann nach einwärts gegen die Oberlippe um, um den Rand des Lippenrotes $1^1/_2$ cm vor der Medianlinie zu erreichen; der laterale und der gleichzeitig untere Rand ist am längsten und zeigt eine leicht nach außen konvexe Biegung. Die Randbegrenzung ist durch eine 1—2 mm breite, ganz wenig elevierte rosarote frische Narbenzone gebildet und nirgends unterminiert. Auch

Digitized by Google

der Geschwürsgrund ist keineswegs vertieft, sondern mehr flach und besteht aus einer gleichmäßig drusig unebenen, gelblichroten, hin und wieder blutig imbibierten, ziemlich weich anzufühlenden, weniger eitrig als serös absondernden Wundfläche.

Links im Hüftbereich eine bohnengroße und eine linsengroße, scharf umschriebene, teilweise zartgefältete Narbe von rundlicher bis ovaler Gestalt. Eine weitere ebensolche bohnengroße Narbe in halber Länge der Radialseite des linken Vorderarmes. Am rechten Fußrücken außen zwei pfenniggroße, mehr unregelmäßige, bläulichweiße Narben; an der Außenseite des rechten Unterschenkels drei pfennig- bis markstückgroße, ziemlich scharf umschriebene, unregelmäßig gestaltete, ovale Narben. Die Narben sind nicht adhärent und besitzen keinen peripheren Pigmentsaum. Haut sonst blaß.

Drüsen: Inguinaldrüsen bis bohnengroß, meist länglich, spindelförmig, verschieblich, nicht derb.

Kubital- und Zervikaldrüsen nicht zu tasten.

Genitale: Am rechten großen Labium und beiderseits an der inneren Schenkelfläche sowie um die Analöffnung herum mehrere zarte weiße, unregelmäßig gestaltete Narben von Linsen- bis Pfenniggröße.

Therapie: Kal. jodat. 15,0 : 300,0 Aq. täglich 3—6 Löffel; lokal Borwasserumschläge.

8. II.—15. II. Nachdem das Ulkus bislang nicht die geringste Veränderung dargeboten, wird Jodkalium ausgesetzt und zweimal täglich 10% Pyrogallolsalbe wie bei der Lupusbehandlung aufgelegt.

16. II. Borsalbe.

18. II. Starke Granulationsbildung. Kein Fortschreiten in der Peripherie. Argentumsalbe.

27. II. Nach dem Kieferwinkel zu vom Geschwürsrand beginnend eine etwa handtellergroße, scharf abgegrenzte, zarte Rötung. Haut gering angeschwollen. Geschwür unverändert. Probeexzision verweigert.

5. III. Geschwür im Gesicht unverändert. Kulturelle Untersuchung auf Pilze der Blastomykose und Sporotrichose negativ.

10. III. Lateralwärts zarte Epithelinseln.

18. III. Die Epithelisierung hat zugenommen: es ist ein etwa halbkreisförmiger Herd in zirka Markstückgröße mit senfkorngroßen Epithelstreifen besetzt. Im Zentrum des Geschwüres starke, blaßrote Granulationen. Fünfminutenlange Röntgenbestrahlung.

28. III. Keine Veränderung. Peripherwärts unten vom Geschwür noch geringe Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit. Geschwürsrand nicht derb. 5 Minuten Röntgenbestrahlung.

5. IV. Die Epithelisierungen sind wieder zerstört. Unter Borwasserverband stets Blutung.

20. IV. Bis heute Borsalbenverbände. Geschwür im ganzen etwas verkleinert besonders die Partie unter dem Auge. Geschwürsgrund weniger blutend. Lokal Salbenverband mit Unguent. praecip. alb.

28. IV. Es sind keine frischen Epithelisierungen aufgetreten.

5. V. Peripher überall ein mehrere Millimeter breiter Epithelsaum besonders an der unteren Seite; zentral ebenfalls neue zahlreiche Epithelinseln. Lokal weiter Unguent. praecip. alb.

26. V. In der Zwischenzeit keine besonderen Veränderungen. Die neugebildeten Epithelinseln sind wieder verschwunden. Das Granulationsgewebe blutet stets.

8. VI. An der nasalen Seite wieder Epithelisierung; sonst immer starkes Bluten der Granulationen. Dermatol bzw. Ung. praec. alb.

Digitized by Google

18. VI. Die Wunde ist von einem schmalen neugebildeten Epithelsaum eingefaßt. Zentral vereinzelte Inseln.

29. VI. Epithelinseln zentral größer, sonst sind einige neue zerstreut liegende aufgetreten.

15. VII. Nachdem bis 9. VII. keine Veränderung aufgetreten war, ist heute ein Fortschreiten der Ulzeration nasalwärts zu konstatieren; nach der Wange zu oben eine zirka dreieckige, halbbohnengroße Abschürfung erkennbar. Nirgends Unterminierung der Ränder. Patientin gibt zu, wegen Juckreizes gekratzt zu haben.

25. VII.—2. VIII. Täglich 5 Minuten Röntgenbestrahlung.

15. VIII. Keine Veränderung. Bepinselung der Wundfläche mit Jodtinktur.

22. VIII. Peripher und zentral zahlreiche frische stecknadelkopfgroße Epithelinseln.

28. VIII. Die Epithelinseln vergrößert. Granulationen unverändert schlaff.

9. IX. Granulationen flach. Epithel unverändert.

29. IX. In der Zwischenzeit hat sich keine Veränderung gezeigt. Unter Jodtinktur an verschiedenen Partien Epidermisierung, vermutlich von oben her. Vor einigen Tagen vorübergehende Ödembildung am linken Auge.

6 X. Der Substanzverlust noch knapp dreimarkstückgroß. Peripher zarter Epidermissaum; vielfach schwarze Blutkrusten. Blutentnahme. Wassermannsche Reaktion negativ.

10. X. Unverändert. Die gegen den linken Mundwinkel ziehende zungenförmige Narbe ist weißlich und ziemlich straff.

11. X. Photographische Aufnahme, nach welcher die hier beigegebene Abbildung angefertigt wurde[1]).

25. X. Okklusivverband mit Stärkebinden.

31. X. Zentral links unten seitlich und links oben mehrere hanfkorngroße Epithelinseln. Rand flach. Granulationen nicht blutend.

5. XI. Kein weiterer Fortschritt. Argent. nitr. Bals.-peruv.-Salbe.

15. XI. Kein weiterer Fortschritt; keine frischen Epithelinseln; die alten unverändert.

27. XI. Bepinselung mit Tinct. jodi. Stärkeverband fällt weg.

30. XI. Das Geschwür hat folgendes Aussehen: Es ist kleinpflaumengroß; nach der Nasenwurzel zu sendet es einen zirka 2 cm langen und $^1/_2$ cm breiten hornartigen Ausläufer. Der ausspringende Winkel im medialen unteren Teile ist bedeutend kleiner geworden.

7. XII. Starke Granulationsbildung. Epithelinseln zentral wieder verschwunden; die Epithelinseln links oben und unten vergrößert; sonst am Rande nirgends Epithelisierung.

18. XII. Wunde frischrot. Granulationen weniger üppig. Geringe weitere Verkleinerung links oben und unten. Rand etwas erhaben.

12. I. 1910. Wunde weiter verkleinert. Das Geschwür hat eine rhombische Form angenommen: Breite 3 cm, Länge 2 cm. Der obere nach der Nasenwurzel ziehende hornartige Ausläufer ist vernarbt.

20. I. Wunde unverändert. Kein frisches Epithel. Scharlachrotsalbe.

2. II. Wunde nicht verkleinert. Im Zentrum stärkere Granulationsbildung. In diesem Bezirke mehrere kleinste Epithelinseln. Vom Rande her keine Epithelisierung

---

[1]) Die Klinik besitzt auch eine im Januar 1909 hergestellte Moulage dieses Falles, welche in dem von H. Dettenborn verfaßten Kataloge (Beschreibung der Moulagen von Hautkrankheiten aus der Leipziger Derm. Univ.-Klinik, Dissertation 1913, S. 22f.) genauer beschrieben ist.

Digitized by Google

bemerkbar. Die Wunde erscheint an der Peripherie unter dem Hautniveau. Der Rand ist gering über das Hautniveau erhaben.

4. II. An beiden oberen Ecken der Wunde, besonders nasalwärts frische, seichte, hanfkorngroße, nach außen sich verschmälernde Stelle. Okklusivverband.

8. II. Im nasalen unteren Quadranten findet sich eine gut linsengroße Epithelisierung vom Rande her. Im oberen nasalen Quadranten starke Granulationswucherung; untere Stelle unverändert. Überstreichen der Wunde mit dem Lapis.

12. II. Die Epithelisierung ist gering lateralwärts fortgeschritten. Bei jedem Verbandwechsel zeigt sich eine blutige Durchtränkung des Verbandmaterials. Der Verband wurde in der Weise bewirkt, daß auf die Ulzeration ein Pappdeckel mit Watte gefüllt aufgesetzt und mit Leukoplast verklebt wurde.

Eine anästhetische Zone im Bereiche der Wunde ist nicht nachzuweisen.

16. II. Befund unverändert.

22. II. Photoxylinverband. Status idem.

26. II. Die Wundfläche hat sich etwas verkleinert; die Epithelinsel links unten ist um einige Millimeter verbreitert. Sonst reichliche Granulationsbildung.

2. III. Wieder geringe Verkleinerung; die Ulzeration hat jetzt die Größe eines Markstückes. Stark blutend. Deutlich ist die Vergrößerung der Epithelinsel im unteren Teile der Ulzeration. Verband mit Argentumsalbe.

8. III. Status idem. Dermatolsalbe.

16. III. Keine wesentliche Änderung. Verband stark durchblutet. „Bleiplattenverband".

21. III. Verbandwechsel. Verband war im oberen Teile gelockert. Starke Granulationswucherungen.

30. III. Der Substanzverlust verkleinert sich immer mehr. Beim Verbandwechsel zeigt sich immer eine starke Durchblutung des Verbandmaterials.

8. IV. Wunde wieder etwas verkleinert. Der Zwischenraum zwischen dem Wundrande und der Epithelinsel medial ist schmäler geworden. Die Gestalt des Geschwüres ist jetzt trapezförmig; es ist über zehnpfennigstückgroß.

15. IV. Wenig Veränderung. Starke Granulationsbildung nach Überpinselung der Wunde mit Tinct. jodi.

23. IV. Starke Durchblutung des Verbandes. Im lateralen Teile sind einige Epithelinseln verschwunden. Anlegung eines „Klebroverbandes", gegen den Patientin sich heftig sträubt. Auf die Wunde selbst Applikation von Scharlachrotsalbe.

30. IV. Der Verband trägt deutliche Zeichen der Manipulation. Abnahme desselben. Das Verbandzeug wieder stark durchblutet. Das Aussehen der Wunde wenig verändert. Auf dieselbe Dermatol, darüber eine Lage Gaze, dann Anlegung einer Klebrobinde und über dieselbe mehrere Stärkebinden.

9. V. Verbandwechsel. Die Epithelisierung von der medial unten gelegenen Epithelinsel ist lateralwärts vorgeschritten Der Zwischenraum zwischen deren medialem Rande und dem Rande des Ulkus ist verschwunden, so daß die Epithelinsel in die von dem Filtrum her erfolgte Vernarbung einbezogen worden ist. Auf diese Weise hat das Geschwür eine Ringform bekommen. Die Epithelinseln im lateralen Teile der Wunde sind größer geworden bzw. sind einige neue dazu gekommen. Die Vernarbung vom oberen Rande her hat ebenfalls gering zugenommen. Da die Augenlider etwas ödematös und gering entzündlich gerötet sind, wird heute das linke Auge nicht wie sonst in den Stärkeverband mit einbezogen.

21. V. Abnahme des Verbandes. Die Epithelinseln im lateralen Teile der Wunde sind fast sämtlich wieder verschwunden; in der Umgebung der Wunde ist die Haut leicht gerötet. Das Geschwür ist wieder größer geworden (zirka markstückgroß). Die vernarbte Stelle

Digitized by Google

im medialen unteren Teile ist wieder offen, so daß das Ulkus wieder unregelmäßig rund ist. Teilweise, besonders im oberen Teile, sind die Ränder etwas kraterförmig.

Es wird ein Klebrobindenverband (auch über das linke Auge) angelegt und darüber reichlich Stärkebinden, worauf dauernde Vernarbung erfolgt.

Als die Kranke der Klinik zuging, konnte eine bestimmte Diagnose aus dem Grunde nicht gestellt werden, weil das Ulkus im Gesicht kein mit Bestimmtheit für eines der uns geläufigen Krankheitsbilder sprechendes Merkmal aufwies. Karzinom war von vornherein ausgeschlossen, da nicht allein im allgemeinen das Alter der Kranken, sondern vor allem der Mangel klinischer Charaktere, insbesondere einer neoplastischen Infiltration der Randpartie, dagegen sprach. Am ehesten war zu denken an eine allerdings durch die vielfachen vorausgegangenen therapeutischen Prozeduren ihrer klinischen Prägnanz völlig verlustig gegangene modifizierte spätsyphilitische oder skrofulo-tuberkulöse Geschwürsbildung. Auch die Möglichkeit, daß die seltenen Krankheitsbilder der Blastomykose oder Sporotrichosis in einer gleichfalls durch die Therapie entstellten Form vorliegen könnten, wurde nicht außer acht gelassen, aber durch die mikroskopische Untersuchung gleichwie durch den negativen Ausfall der kulturellen Untersuchung auf nach SABOURAUD hergestellten Maltose-Agar-Nährböden sehr bald wiederlegt.

Für die Annahme einer syphilitischen Ulzeration war zwar zu verwerten, daß die Kranke Prostituierte gewesen und bereits antiluetische Kuren hinter sich hatte. Das Geschwür selbst zeigte keine für Syphilis verwertbaren Erscheinungen. Die nicht wie sonst bei Lues rundliche, sondern eckige Begrenzung sprach an sich schon fast dagegen.

Allerdings verfügt RILLE über eine in Wien gemachte Beobachtung, wo bei einem älteren Manne genau an derselben Stelle der Wange wie bei unserer Patientin ein etwa dreieckig begrenztes Geschwür sich vorfindet, das jedoch durch seinen infiltrierten, weit unterminierten Rand und seine kraterförmig vertiefte Basis als exquisit gummöses Geschwür sich präsentiert. RILLE ist geneigt, diese gelegentliche eckige Konfiguration syphilitischer Geschwüre im Gesichtsbereiche, welche stets von der Subkutis ihren Ausgang genommen haben, mit der Verlaufsrichtung der mimischen Gesichtsmuskulatur in Zusammenhang zu bringen. Auch an die nach RILLES Erfahrungen bisweilen als Ausdruck einer meist recht alten Syphilis an der Unterseite des Penis und im Penoskrotalwinkel vorkommenden eckig oder fast sternförmig gestalteten gummösen Geschwüre ist hier zu erinnern.

Der weitere Verlauf, insbesondere das völlige Versagen der drei Wochen lang durchgeführten Darreichung von Jodkalium in nicht gerade kleiner Dosis, ebenso der negative Ausfall der bei floriden Erscheinungen

Digitized by Google

doch sonst vorhandenen Wassermannschen Reaktion zeigte alsbald, daß Syphilis nicht vorliegen könne. Ebensowenig hatte die im Anschlusse an diese Medikation durchgeführte Verätzung mit Pyrogallussalbe, wie sie in der Lupustherapie üblich ist, einen kurativen Effekt, noch auch die hieran angeschlossenen Röntgenbestrahlungen. Infolgedessen festigte sich immer mehr die Überzeugung, daß ein Artefakt vorliegen müsse. Nachdem noch verschiedene bei torpiden Ulzerationen bewährte Salben ohne Erfolg versucht worden waren, wurden Okklusivverbände angelegt. Von da ab änderte sich vollständig der Charakter des bisher keine Spur einer Heilungstendenz aufweisenden Ulkus. Es trat breite Narbenbildung vom Rande her auf. Nichtsdestoweniger wußte die Kranke immer noch an der Wunde zu manipulieren und den Heilungsverlauf zu verzögern. Es ist aber auch nicht unwahrscheinlich, daß die Heilung bei dem dekrepiden Zustande der andauernd anämischen, nur wenig an Körpergewicht schwerer gewordenen Patientin an sich sehr langsam von statten ging. Auch erfolgt erfahrungsgemäß bei Wunden mit derb narbiger Umgebung, z. B. bei manchen Brandverletzungen, oft monate- und jahrelang keine volle Heilung.

Es handelte sich demnach um hysterischen Artefakt. Diese Diagnose konnte erst nach längerer klinischer Beobachtung gestellt werden. Den Literaturangaben, auf die wir hier nicht weiter eingehen wollen, kann man entnehmen, wie schwer es den einzelnen Beobachtern oftmals gefallen ist, zu einer bestimmten Auffassung zu gelangen.

Unsere Krankengeschichte bietet mancherlei Stützpunkte für die Annahme einer hysterischen Selbstbeschädigung. Zunächst war schon die Form des Geschwüres, wie es sich bei der Aufnahme präsentierte, eine sehr eigentümliche: die regelmäßige Konfiguration der Ränder, das Bestehen einer entzündlich schmalen Zone mußten den Verdacht eines mechanischen Reizes erwecken. Es gibt außer der von uns erwähnten, aber nur ausnahmsweise vorkommenden Dreiecksform luetischer Geschwüre kaum eine Hautaffektion, die ein ähnliches Bild zeigt. Das Geschwür stellt eigentlich weiter nichts dar als eine granulierende Wunde. Auch der Verlauf gab einige Anhaltspunkte für die Annahme eines Artefaktes. Wir haben öfter bei der Kranken gesehen, daß im Ulkus zarte Epitheliseln aufgetreten waren, welche jedoch ohne jede nachweisbare Ursache wieder schwanden. Einmal (am 15. VII. 1909) konnte man ein Fortschreiten der Ulzeration nasalwärts konstatieren, und zwar in Gestalt einer Abschürfung. Patientin gab zu, wegen „Juckreizes“ gekratzt zu haben. Ganz deutliche Zeichen der Manipulation waren auch am 21. V. 1910 zu konstatieren, wo eine Verschlimmerung ohne jede erklärliche Ursache entstanden war. Eine wesentliche Besserung konnte erst erzielt

Digitized by Google

werden, als man feste Verbände anlegte. Deren Applikation bot jedoch mannigfache Schwierigkeiten; wenn man auch erreichte, daß Patientin mit dem Finger nicht in das Gebiet der Wunde gelangen konnte, so stand ihr doch immer noch die Möglichkeit offen, den ganzen Verband gegen die Ulzeration zu scheuern und vom Munde aus gegen die Wangenschleimhaut dort, wo das Geschwür saß, einen Druck mit dem Finger auszuüben. Daß Patientin das tat, ist als sicher anzunehmen, da bei jedem Verbandwechsel das Verbandmaterial stark durchblutet und die Umgebung der Wunde immer stark gereizt war.

Wäre die Ulzeration an einer anderen Stelle lokalisiert gewesen, z. B. an einer Extremität, so wäre es ein Leichtes gewesen, einen impermeabeln Verband so anzulegen, daß jegliche Manipulation ausgeschlossen war.

Bei Affektionen im Gesicht ist es oft recht schwer, einen zweckmäßigen Verband anzubringen, da den Individuen immer noch die Möglichkeit gegeben ist, denselben gegen die Affektion zu scheuern, wie das auch in unserer Beobachtung oft der Fall war. Recht gute Dienste hatte hierbei Teufels Klebrobinde (elastische klebende Rollbinde nach Dr. Ferd. v. Heuss) geleistet. Dieselbe schmiegt sich eng an das betreffende Glied an, klebt sehr fest, ist elastisch und läßt infolge ihrer Porosität die Wundsekrete gut hindurch. Es gelang damit, auch den hartnäckigen Widerstand unserer Simulantin zu brechen.

Jedenfalls aber war es gelungen, den Manipulationen der Kranken Schwierigkeiten in den Weg zu legen, so daß eine allmähliche Verkleinerung der Wunde erreicht wurde. Dazu kam noch, daß die Kranke wohl merkte, man sei nun argwöhnisch geworden. Ganz auffällig war die Besserung, als fixe Stärkeverbände so angelegt wurden, daß das ganze Gesicht und der Kopf in dieselben eingehüllt waren, so daß ein Scheuern des Verbandes gegen die Wundfläche ausgeschlossen war. Endlich ist auch die mikroskopische Untersuchung eines im Juli 1909 exzidierten Stückes mit heranzuziehen. Es erscheint die Haut ihrer Epidermis beraubt, der Papillarkörper frei zutage liegend. Ferner befindet sich der Hautbezirk im Zustande der Entzündung, die Gefäße sind dilatiert, man sieht stellenweise Fibrinauflagerungen und Rundzelleninfiltrationen.

Ein Geständnis war trotzdem nicht zu erzielen. Die Kranke machte von je einen ungemein scheuen, verstörten Eindruck und war psychisch äußerst schwer zu beeinflussen. Ein strenger Blick, ein hartes Wort oder die Ermahnung, sie solle nicht an der Wunde sich zu schaffen machen, genügten, um heftiges Weinen bei der außerdem geistig ziemlich minderwertigen Kranken auszulösen. Jedenfalls ist es als klar anzunehmen, daß die Ulzeration das Ergebnis eines fortgesetzten mechanischen Reizes ist.

Was veranlaßte nun die Patientin, sich dauernd selbst zu beschädigen,

Digitized by Google

und dazu noch an einer Stelle, wo eine Entstellung deutlich allen Blicken sichtbar ist? Hier kann man natürlich nur Vermutungen hegen. Wie bekannt, geschehen die Selbstbeschädigungen der Hysterischen oft ohne jeden ersichtlichen Grund; in den meisten Fällen erfolgen sie, um Interesse zu erwecken; die Patienten freuen sich über die Aufmerksamkeit, die man ihrem „seltenen Fall" zuwendet. Bei unserer Patientin muß man diese Annahme von der Hand weisen; im Gegenteil, das Interesse, das man ihr entgegenbrachte, empfand sie als ungemein lästig; sie fing meistens bei den Visiten und beim Verbandwechsel heftig zu weinen an und war froh, wenn man sie in Ruhe ließ.

Höchstwahrscheinlich lagen bei unserer Kranken auch materielle Gründe vor, sich dauernd selbst zu beschädigen. Sie war ohne Beruf; infolge ihrer geistigen und körperlichen Minderwertigkeit war sie auch außerstande, dauernd einem Berufe, auch einem leichten, nachzugehen. Früher war sie Hausmädchen; dann wurde sie Prostituierte. Es war jedoch immer ihr Wunsch, aus der lästigen Kontrolle wieder herauszukommen. So mag in ihr der Gedanke aufgekommen sein, sich das Ulkus beizubringen und es dauernd zu kultivieren. Der Aufenthalt im Krankenhause tat ihr wohl; sie wußte sich versorgt und hätte, wenn sie aus demselben geheilt entlassen würde, nicht gewußt, was sie anfangen sollte. Dazu kommt noch, daß sie an der Stationsschwester mit einer geradezu kindlichen Anhänglichkeit hing. Daß schließlich doch eine beträchtliche Verkleinerung des Ulkus eintrat, mag — abgesehen von den Okklusivverbänden, die man ihr anlegte — auch noch daran liegen, daß sie Aussichten hatte, in ein Versorgungsheim zu kommen, daß sie also um ihre weitere Zukunft sich nicht zu kümmern brauchte.

Immerhin ist es merkwürdig, daß sie eine solch exponierte Stelle zu ihrer Simulation sich wählte; durch die Vernarbung ist die linke Gesichtshälfte arg entstellt worden. Jedenfalls hat sich die geistig minderwertige debile Person darüber keine Gedanken gemacht.

Vielleicht spielen auch psychische Einflüsse mit im Sinne der „Zwangshandlungen" im Sinne v. Strümpells [1]). Wenn man Patientin beobachtete, konnte man sehen, daß sie immer nach der Stelle, wo die Wunde saß, mit den Fingern tastete, ähnlich wie bei Kindern, denen man das Beißen an den Fingernägeln und das Lutschen an den Fingern nicht abgewöhnen kann.

Chemische Mittel wandte die Patientin sicher nicht an; in ihren Sachen wurde nie ein Arzneimittel gefunden, auch sprach das Aussehen des Ulkus gegen dessen Anwendung. Die beiden Winkel im medialen

[1]) v. Strümpell, Über einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. D. Zschr. f. Nervenhlk., 1892, Bd. 2, S. 350.

Digitized by Google

Teile des Geschwüres deuten darauf hin, daß Patientin vom Augenwinkel nach dem Munde zu und von diesem nach dem Filtrum zu mit dem Fingernagel kratzte Daß das Ulkus im ganzen so schwer heilte, ergab sich eben daraus, daß Patientin den Verband hin und her bewegte, bis ihr das sehr schwer und schließlich unmöglich gemacht wurde.

Von den in der Literatur verzeichneten und an unsere Beobachtung sowie an infektiöse Granulationsgeschwülste erinnernde Simulationsfälle möchte ich hier bloß drei erwähnen.

Startin[1]) beschreibt einen Fall von Simulation eines Lupusgeschwüres im Gesicht bei einem 27jährigen Mädchen. Dasselbe war zwei Jahre lang in seiner Behandlung; während dieser Zeit waren alle Heilungsversuche ohne Erfolg. Er beobachtete, daß manchmal die Wunde unter einfachen indifferenten Verbänden heilen wollte, bzw. daß stärkere Kaustika zuzeiten den Heilungsprozeß begünstigen. Die Patientin gestand, daß sie sich die Affektion durch Stechen beigebracht habe.

Schimmelbusch[2]) berichtet von einem 26jährigen Mädchen, das eine handtellergroße Ulzeration über der linken Mamma aufwies. Das Geschwür war im Laufe dreier Jahre nach einer geringfügigen Verletzung mit einer Stecknadel entstanden und hatte sich allmählich, besonders zuzeiten der Menstruation, vergrößert. Die Patientin ist lange Zeit hindurch von verschiedenen Ärzten ohne Erfolg behandelt worden. Senger hatte vergeblich Transplantationen gemacht; er hielt die Affektion für eine Trophoneurose. v. Esmarch, Thiersch und Petersen hatten jedoch die Affektion für das Resultat eines hysterischen Artefaktes erklärt. In der v. Bergmannschen Klinik wurde ein Gipsverband angelegt, die Wunde verkleinerte sich und begann vom Rande her zu vernarben. Auch eine Transplantation glückte; 14 Tage nach derselben waren alle Läppchen angeheilt, jedoch waren einige Granulationspfröpfe zurückgeblieben, die sich auch mittels Lapis nicht überhäuten wollten. Sie wurden größer, und schließlich waren große Granulationsflächen entstanden. Auf den transplantierten Stellen traten erst Blasen auf; diese platzten dann, so daß der rote sezernierende Papillarkörper frei zutage lag. Eine zweite Transplantation führte zu demselben Erfolg. Es war auffällig, daß an Stellen, wo der Verband aufgelegen hatte, die Haut durchscheuert war, so daß der Verdacht entstand, daß in unbeobachteten Augenblicken derselbe hin und her gerieben wurde. Jetzt wurde er weggelassen und die Wunde mit Gaze und Photoxylin zugeklebt; von da ab trat Heilung ein.

Sick[3]) beobachtete ein Mädchen mit einer Ulzeration auf dem rechten Handrücken über dem fünften Mittelhandknochen. Es handelte sich anfangs um eine „schlaffe, reizlos aussehende Wunde ohne Besonderheiten". Nach Anfrischung der Wundränder und folgender Naht war nach ca. 14 Tagen Heilung eingetreten. Darauf war unter leichtem Schutzverband die Bildung eines Geschwüres erfolgt, $2\,^1/_2$ cm lang, $^1/_2$ cm breit und tief, welches das Aussehen eines tuberkulösen Ulkus hatte. Es erfolgte Exzision, Schluß des Defektes durch Naht und Anlegung eines antiseptischen Verbandes. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch keine Anhaltspunkte für Tuberkulose oder für eine andere

---

[1]) Startin, Remarks on feigned or hysterical diseases of the skin. Brit. m. J., 1870, S. 25. — [2]) Schimmelbusch, Ein Fall von Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. B. kl. W., 1892, S. 1170. — [3]) Sick, Ärztl. Verein zu Hamburg, 10. I. 1893. Vorstellung eines Mädchens mit einer Ulzeration an der Hand, hervorgerufen durch dauernde absichtliche Selbstbeschädigung. D. m. W., 1893, S. 874.

Digitized by Google

Erkrankung. Trotzdem trat keine Heilung ein: es war allmählich eine wenig sezernierende kraterförmige Ulzeration entstanden. Nun dachte man an Lues. Patientin wurde mit Quecksilberinjektionen und Jodkali behandelt, ohne jeden Erfolg. Eine vierte Exstirpation des Ulkus führte zu dem gleichen Mißerfolg. Da alle therapeutische Maßnahmen fehlschlugen, vermutete man eine Selbstbeschädigung. Unter festem Verband trat auch wirklich langsame Heilung ein. Es ergab sich, daß die Kranke mit den Fingern auf den Verband einen Druck ausübte; so brachte sie sich künstlich die Affektion bei.

Diese Fälle bieten eine gewisse Ähnlichkeit mit dem von uns selbst beobachteten und lassen erkennen, wie schwierig es sein kann, sogar bei fortgesetzter klinischer Beobachtung, solche „Kranke" zu entlarven.

Versammlungen.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Ref. nach Brit. Journ. of Dermatology.)

Sitzung vom 18. Februar 1915.

1. Multiple Tumoren, von E. G. Graham Little. Der 48jährige Kranke hatte etwa zwölf flache, sehr derbe Knoten, die die ganze Dicke der Haut einnahmen und über der Unterlage verschieblich waren. Die Oberfläche war leicht gefaltet, von normaler Hautfarbe, nur an ein oder zwei Stellen etwas gerötet. Die Tumoren saßen auf den Nates und der Außenseite der Oberschenkel. Der Kranke gab an, daß er 15 Jahre vorher wegen eines nervösen Leidens Injektionen von Phosphor bekommen hatte; es waren knotige Schwellungen an den Injektionsstellen entstanden, die bestehen blieben und schließlich etwas größer wurden.

Ein Knoten wurde zwecks histologischer Untersuchung exzidiert. Die Tumormasse zeigt sich zusammengesetzt aus sehr dichtem Bindegewebe mit wenig Fibroblasten, zeigt keine oder nur geringe Aktivität. In das Gewebe eingebettet finden sich Haufen von verschieden großen Zellen mit vakuolärem Zytoplasma und einem oder mehreren dunkelgefärbten Kernen. Diese Zellen scheinen in das periphere Fettgewebe überzugehen und dürften embryonale Fettzellen darstellen. Während also das klinische Aussehen das eines Fibrosarkoms ist, zeigt die mikroskopische Untersuchung eine chronische, fibröse Entzündung mit Fettregeneration.

2. Zwei Fälle von Dermatitis factitia, von George Pernet. 1. Eine 23jährige Frau mit unregelmäßigen, oberflächlichen Läsionen auf der oberen Hälfte der linken Brust und am rechten Unterschenkel. Daneben Narben und Reste älterer Läsionen. Die Kranke hat einige hysterische Stigmen.

Bei der anderen, 30jährigen, Frau hatte das Leiden nach einer zufälligen Schußverletzung des linken Unterarmes begonnen. Nunmehr ist die Streckseite des linken Armes mit unregelmäßigen, oberflächlichen Ulzerationen, Krusten und Narben bedeckt. Die Läsionen heilen rasch, brechen aber wieder auf, wenn die Kranke die Arbeit wieder aufnimmt. Ferner finden sich hypertrophische Narben von der linken Brust über die Schulter bis zur Skapula. Auf der linken Seite des Stammes die Reste von älteren und frischeren Läsionen.

3. Coccidiosis avenerea, von J. E. R. McDonagh. Der 22jährige Patient hatte sich bei einem Sturze an den Knien und am rechten Ellenbogen verletzt. Die letztere Verletzung wurde vernachlässigt und heilte schwer; in ihrer Umgebung trat ein Ausschlag auf, der sich allmählich ausbreitete. Einen Monat später trat mehrwöchentliches

Digitized by Google

Fieber und später Ausschlag am Penis und linken Ellenbogen auf. Der Herd am Ellenbogen war purpurblau, stellenweise verkrustet, narbig, einem Sarkoid nicht unähnlich. Der oben genannte Ausschlag bestand aus hanfkorngroßen, braunroten, teils durchscheinenden Papeln auf normaler Basis, teils konfluent, teils krustös. Keine Drüsenschwellung, WASSERMANN negativ.

Histologisch fand sich in einer solchen Papel eine kreisrunde Infiltration, an der drei Zonen zu erkennen waren: außen Plasmazellen, dann Plasmazellen, Lymphozyten und Endothelzellen, im Zentrum Endothelzellen. In der mittleren Lage fanden sich in den Endothelzellen Gebilde, die Verfasser als verschiedene Stadien eines Parasiten erkannte und den Kokzidien zurechnete. Sie gaben ähnliche Reaktionen wie das Leukozytozoon syphilidis. Verfasser meint, daß diese Kokzidienerkrankungen häufiger wären als man annehme, und daß sie früher vielfach als Syphilis diagnostiziert worden seien.

4. Favus der unbehaarten Haut, von S. E. DORE. Das 10jährige Kind hat am Kinne und am Halse rechts zwei ovale, erythematöse, leicht schuppende Herde; ein ähnlicher am rechten Knie. Die Herde waren von einer Trichophytie nicht zu unterscheiden; die Diagnose wurde nur durch ein typisches Skutulum im Zentrum des Herdes am Kinne ermöglicht. Wahrscheinlich handelt es sich um Mäusefavus.

5. Sklerodermie, von W. KNOWSLEY SIBLEY. Die 29jährige Patientin bemerkte seit einigen Jahren weiße Flecke auf der Brust, die in der letzten Zeit sich vermehrten, vergrößerten und konfluierten. Auf der Oberbrust fanden sich zahlreiche weiße, narbenähnliche Flecke von opakem, glänzendem Aussehen. In der Klavikularregion war die Haut weiß und leicht infiltriert; ähnlich waren die Schultern. In der Umgebung der weißen Flecken bestand bedeutende Pigmentvermehrung. Flecke, ähnlich atrophischen Streifen, zogen sich am Halse längs des hinteren Kopfnickerrandes bis zur behaarten Kopfhaut. Ähnliche Läsionen auf der ulnaren Seite der Unterarme.

6. Ulcus rodens, von E. G. GRAHAM LITTLE. Bei dem 71jährigen Manne war vor fünf Jahren am Nacken ein Knötchen aufgetreten, das ohne zu ulzerieren bis zu Wallnußgröße heranwuchs. Erst vier Jahre später trat eine Ulzeration auf, die mit dem harten, erhabenen, wallartigen Rande und der seichten, zentralen Exkavation das typische Bild eines Ulcus rodens darbot. Keine Drüsenschwellungen. Ferner fanden sich auf den Handrücken und im Gesicht zahlreiche senile Keratome, von denen eins ulzeriert war und ein kleines Ulcus rodens bildete. Außer dem ungewöhnlichen Sitze und den Keratomen war in diesem Falle noch der Nachweis der Heredität bemerkenswert.

7. Parakeratosis variegata, von H. W. BARBER. Bei der 38jährigen Patientin traten im Sommer an den Unterschenkeln rote, leicht schuppende Flecke auf, die stark juckten. Später erschienen dieselben im Gesichte, am Halse und an den Armen. An den Wangen findet sich eine diffuse, braunrötliche Verfärbung, aussehend wie ein Erythem mit Pigmentvermehrung. Verstreut einzelne kleine, ovale, weiße Flecke. Auf dem Vorderkopfe ist das erythematöse Aussehen teilweise geschwunden, und es bleiben unregelmäßige, teilweise netzartige Pigmentierungen. Am Halse deutliche Netzform. An den Schienbeinen sind große, leicht erhabene, erythematöse Flecke, während an den Waden netzförmige Anordnung mit starker Pigmentation zu sehen ist. Nach der Angabe der Kranken soll sich das netzförmige Aussehen aus der mehr diffusen Form entwickelt haben.

8. Dermatitis artefacta, von J. M. H. MAC LEOD. Der 18jährigen Patientin war vor vier Wochen ein Ganglion der rechten Hand exzidiert worden; 14 Tage später erschien auf dem Handrücken, den Fingern und dem Handgelenk eine Eruption, bestehend in verschieden großen, ovalen oder runden Blasen, die teils mit Krustenbildung eintrocknete oder scharfumschriebene Ulzerationen hinterließen, die mit oberflächlichen

Digitized by Google

Narben abheilten. Die befallenen Stellen zeigten die Effloreszenzen in verschiedenen Entwicklungsstadien. Die Annahme, daß es sich um eine artefizielle Dermatose handle, wurde dadurch erhärtet, daß unter einem Okklusivverband die Effloreszenzen abheilten, neben diesem aber neue erschienen. Vielleicht waren es Verätzungen mit Kaliumbichromat.

9. Lichen planus von ungewöhnlicher Chronizität, von J. H. Sequeira. Der 42jährige Mann hat seit 25 Jahren auf der Vorderseite beider Unterschenkel eine juckende Affektion, die manchmal ulzerierte. Sie bestand in einer Anzahl glänzender, auf der Oberfläche abgeplatteter, erhabener Effloreszenzen von verschiedener Größe. Die kleinen Effloreszenzen waren typische Lichen planus-Knötchen, die größeren waren durch Konfluenz der ersteren entstanden. Diese waren stark erhaben, livid an der Oberfläche, einige hatten Schuppen, die meisten waren glatt. In diesem Falle ist die lange Dauer der Affektion bemerkenswert.

10. Naevus linearis, von Dudley Corlett. Der Nävus ging vom Gesichte über den Hals auf den Stamm, in der Mittellinie von der Sternoklavikularverbindung bis zur Symphyse, hierauf in der vertikalen Achse des Schenkels.

11. Fall von tertiärer Syphilis, von George Pernet. Die 57jährige Frau hat ausgedehnte gummöse Infiltrationen, Ulzerationen und Narben am rechten Unterschenkel, auf der Brust und dem Halse. Die Patientin ist noch nicht spezifisch behandelt. Ihr Mann ist an progressiver Paralyse gestorben. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende, von Max Joseph-Berlin. (Siebente, erweiterte und vermehrte Auflage, mit 66 Abbildungen im Text, einer schwarzen und drei farbigen Tafeln, nebst einem Anhang von 103 Rezepten. Leipzig 1915, Verlag von Georg Thieme. Ladenpreis geheftet 7,20 M., gebunden 8,20 M.) Die in den letzten Jahren besonders erzielten Resultate in der Syphilisforschung und ihrer Therapie lassen es von vornherein erklärlich erscheinen, daß das seit seiner ersten Auflage so beliebte Josephsche Lehrbuch jetzt schon in der siebenten und erweiterten Auflage erscheint und jetzt mehr als je dem Studierenden als ein ausgezeichneter Wegweiser in dem Studium der Geschlechtskrankheiten und ihrer Behandlung dient. Sein ganz besonderes Interesse widmet der Verfasser der Syphilis, deren einzelne Phasen und Lokalisationen er genau beschreibt. Jedes seiner Kapitel besteht aus der Symptomatologie, pathologischen Anatomie und der so wichtigen Therapie. Auch die beiden anderen Krankheiten Ulcus molle und Blennorrhoe werden ihrer Bedeutung entsprechend gewürdigt und trotz der Kürze gegenüber den großen Lehrbüchern genau und zur Genüge geschildert. Die zahlreichen Abbildungen erhöhen den Wert dieses Werkes, nicht nur durch die anatomischen, sondern auch durch die klinischen Reproduktionen. Auch die farbigen Bilder tragen insbesondere zur Diagnosenstellung bei. Als einen ganz besonderen Vorzug erwähne ich auch die angehängte Therapie mit 103 Rezepten, so daß dem Studierenden dieses Werk als ein Lehrbuch par excellence willkommen sein muß.
W. Chrzelitzer-Posen.

Die Läuseplage und ihre Bekämpfung, von Dreuw. (Berlin 1915, Fischers med. Buchhandlung) Dreuw hat in der von ihm bekannten rührigen Art eine „Sondersammlung zur Bekämpfung der Läuseplage" seitens des „Zentraldepots für Liebesgaben" veranlaßt, und es ist ihm gelungen, bis Anfang April 300000 M. dem Kriegsministerium für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen. Er berichtet in seinem

Digitized by Google

Büchlein ausführlich über die bisherige Propaganda und über die zweckmäßigste Form künftiger Propaganda. Des weiteren erörtert er alle die Mittel, die gegen die Läuse empfohlen worden sind. Dieser Teil des Buches wirkt infolge der vielen Wiederholungen und der ungeordneten, wohl übereilig abgefaßten Darstellung recht ermüdend. Unter den Mitteln chemischer Natur empfiehlt er besonders die Abtötung durch das „Tibin-Verfahren". „Dieses besteht in der Anwendung von drei Präparaten, einem Tibinsalbenstift, der in fettfreier Salbengrundlage ätherische Öle und desinfizierende Mittel enthält, die imstande sind, nach dem Bestreichen der Haut mittels des Stiftes die Läuse vom Körper fernzuhalten und den Juckreiz zu mildern. Der Soldat kann diesen Salbenstift bequem mit sich führen. Ähnliche Substanzen befinden sich in der Tibinflüssigkeit, die zur Verwendung kommt, um die Kleider zur Verhütung der Ansiedlung der Parasiten zu bestäuben oder zu bespritzen, oder aber, falls die Parasiten schon in den Kleidern sich eingenistet haben, die abtötende Flüssigkeit mittels eines Lappens, einer Bürste, Watte, Verbandmull usw. gründlich in die Kleider einzureiben, ähnlich wie man mittels Benzin die Flecken aus den Kleidern wegreibt. Auf dem Marsche und im Schützengraben endlich kommt das Tibinpulver in Betracht, das in einem Zerstäuber verpackt, sowohl in die Kleider direkt, als auf den Körper gepudert werden kann." Für die physikalische Abtötung der Läuse und ihrer Brut empfiehlt D., jeder größeren Truppenabteilung einen luftdichten, großen Sack, der leicht bis in den Schützengraben hinein transportiert werden kann, zur Verfügung zu stellen. In den Sack kommen die zu reinigenden Kleider. Mittels eines mitgelieferten Dampfentwicklungsapparates oder einer Bombe läßt man Dampf oder erhitzte Luft oder schwefelige Säure oder Ammoniakgas hineinleiten. In $^1/_2$ Stunde ist die Desinfektion erzielt. Man kann auch einen mit Ammoniak durchtränkten Lappen in den Sack hineinlegen. Zum Schluß folgen noch Angaben zur Bekämpfung der Fliegen, Wanzen, Flöhe, Zecken usw. Zur schnellen Orientierung über die Läuseplage und ihre Bekämpfung ist das Büchlein recht geeignet. E. Brinitzer-Altona.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Serumexantheme, von F. Reiche. (Mitt. Hamb. Staatsanst., 1914, Bd. 15, H. 7.) Innerhalb dreier Jahre traten an den mit Serum behandelten Diphtheriekranken bei 5,5% reaktive Hauteruptionen auf, in weiteren vier Jahren bei 6,8%. Die Häufigkeit der Serumexantheme ist abhängig nicht von der Schwere der Krankheit, sondern von der Höhe der zugeführten Serummengen, auch von der Art der Einverleibung, bei intravenöser nahezu doppelt so groß als bei den subkutan behandelten. Die Exantheme können bereits frühzeitig nach der Injektion beobachtet werden, den zweiten Tag, ihre Hauptzahl fällt zwischen den 6.—12., noch enger 8.—10. Tag; für den zeitlichen Eintritt ist die Höhe der eingebrachten Immunitätseinheiten jedoch unmaßgeblich. Die Exantheme waren in mehr als $^2/_3$ urtikariellen Charakters, dann der Häufigkeit nach skarlatiniform, morbillär und rubeolär, die Urtikaria zuweilen als U. gigantea oder Quinckesches angioneurotisches Ödem, zweimal als U. vesiculosa. Oft ging dem universellen Exanthem ein lokales zirkumskriptes an der Injektionsstelle um einen Tag voraus, nicht selten waren auch derartige kleine, auf eine oder wenige Quaddeln beschränkte örtliche Eruptionen, ohne sich anschließende allgemeine Ausbrüche. Zumeist das urtikarielle Exanthem wurde vielfach von einem das Gesicht, insbesondere Lider

Digitized by Google

und Lippen, am deutlichsten befallenden Ödem begleitet. Nach 1—3 Tagen waren die meisten Exantheme restlos geschwunden. Desquamation selten und nie erheblich.

E. Klemm-Leipzig.

Ein Fall von Erythromelalgie, kombiniert mit Raynaudschem Symptomenkomplex, von Radenićio. (W. m. W., 1915, Nr. 3.) Das Leiden des Patienten begann im Frühjahr 1912 mit vorwiegend nächtlichen, ziehenden Schmerzen, wobei die Dorsalpartien der Füße sich röteten, anschwollen, empfindsam und heiß wurden. Nach einer Behandlung mit kalten Fußbädern und Faradisation gingen die Symptome völlig zurück. Sechs Wochen später traten die gleichen Symptome linksseitig wieder auf, wobei sie von Geschwüren gefolgt waren. Nach der Aufnahme in ein Spital wurde die Haut der 1.—3. Zehe nekrotisch, der ganze linke Vorderfuß hyperalgetisch und die Reflexe gesteigert. Die ergriffenen Zehen wurden analgetisch und anästhetisch, die früher palpable Art. pediaea nicht mehr fühlbar und der linke Achillessehnenreflex stark herabgesetzt.

Im Anschluß berichtet Hecht über Röntgenbefunde, aus welchen sich Unterschiede am Knochenbilde bei Erfrierung und bei Raynaudscher Krankheit ergeben.

H. Vörner-Leipzig.

Die Pellagra in Beßarabien, von Guido Tizzoni. (Riv. pellagrol. It., 1914, Nr. 6.) Verfasser hat bei allen in Beßarabien untersuchten Pellagrafällen im Blute den von ihm beschriebenen Streptobacillus pleomorphus gefunden. Der Typus A wurde relativ zum Typus B häufiger gefunden wie in Italien. Auch im Lumbalpunktat wurde der Bazillus (B) gefunden. Verfasser verbreitet sich dann noch etwas über die biologischen Eigenschaften dieses Mikroorganismus. R. Frühwald-Leipzig.

Pellagra in Minnesota, von D. R. Brengle-St. Paul. (J. Am. m. Assoc., 3. Okt. 1914.) Den beim Gesundheitsamte des Staates Minnesota eingegangenen Meldungen zufolge sind dort bisher nur vier Fälle von Pellagra beobachtet worden. Dieselben verliefen alle letal. Verfasser berichtet über einen fünften Fall, einen 35jährigen Erdarbeiter betreffend, der mit Klagen über entzündliche Erscheinungen an den Händen und Armen sowie im Gesicht zur Aufnahme gelangte. Er gab an, vor etwa drei Wochen erkrankt zu sein, nachdem er vorher schon an Verdauungsstörungen und Kopfweh gelitten habe. Es bestand auch große psychische Depression, Apathie und melancholische Verstimmung. Bei möglichst roborierender Behandlung und Verabreichung von Arsenik erfolgte Genesung. Als eine besondere Eigentümlichkeit wird das auffallende Hervortreten der epitrochlearen Lymphdrüsen hervorgehoben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Pellagra in Antigua, von W. M. McDonald. (Lanc., 16. Jan. 1915.) Im Jahre 1913 hat Verfasser 32 Fälle beobschtet; er schließt sich der avitaminen Theorie an.

H. Boas-Kopenhagen.

Pellagra in England bei einem kleinen Kinde, von J. Box. (Brit. m. J., 29. Aug. 1914.) Kasuistik. Die $4^1/_2$jährige Patientin wurde mit ausgezeichnetem Erfolge mit 0,06 g Neosalvarsan behandelt. H. Boas-Kopenhagen.

Untersuchungen über die Pellagra der Kinder, von A. Franchetti. (Rev. pellagrol., 1914, Bd. 14, Nr. 2.) Aus den Forschungen der italienischen Pellagrakommission ergibt sich, daß kein einziger sicherer Fall von Pellagra von Milchkindern nachgewiesen werden konnte, und daß es sich in den wenigen bekannten Fällen von Kinderpellagra um Kinder handelt, die älter als ein Jahr sind und bei denen der Einfluß der Maiskost mit Sicherheit in Abrede gestellt werden kann. Jedenfalls stellt die Kinderpellagra eine Ausnahme dar. K. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Weitere Beobachtungen der Thompson-McFaddenschen Pellagrakommission, von J. F. Siler, P. E. Garrison und W. J. Mac Neal-New York. (J. Am. m. Assoc., 26. Sept. 1914.) Der erste Bericht dieser Kommission schloß mit dem Ende des Jahres 1912 ab und umfaßte 282 Fälle von Pellagra, die in Spartanburg County festgestellt waren; im Jahre 1913 hat die Kommission in diesem Bezirk noch weitere 565 Fälle gesammelt. Am zahlreichsten vertreten waren die Fälle in den Gegenden, wo die Bevölkerung in Baumwollenfabriken ihren Erwerbszweig hatten; bei der ackerbautreibenden Bevölkerung waren die Erkrankungen spärlicher verteilt. Kinder unter zwei Jahren, sowie Erwachsene in den ersten fünf Jahren der Pubertät, sowie Männer in den kräftigeren Jahren waren am seltensten betroffen. Bei etwa 80% der Fälle war die Möglichkeit einer Übertragung seitens Angehöriger oder Nachbarn wenigstens nicht als unmöglich zu bezeichnen. Ein Einfluß der Diät auf die Entstehung des Leidens konnte bei Erhebungen unter einer Bevölkerung von 5000 Einwohnern in sechs Pellagragebieten nicht nachgewiesen werden. Unsanitäre Verhältnisse, namentlich in bezug auf Mängel in der Beseitigung von menschlichen Exkrementen, schienen der schnelleren Ausbreitung der Krankheit wesentlichen Vorschub zu leisten. Daß Insekten, besonders Simulium, die Krankheit übertragen, steht in direktem Widerspruch mit hier beobachteten Tatsachen; andererseits haben Tierexperimente und die Untersuchung der intestinalen Bakterien keine beweiskräftigen Resultate erbracht. A. Philippi-Salzschlirf.

Die neuen Theorien über die Ätiologie der Pellagra, von Karl Rühl. (Riv. Ospedaliera Sez. scient., 1914, Nr. 12.) Während die Theorien über den parasitären Ursprung der Pellagra vergeblich auf die Bestätigung warten, sind einige andere Theorien aufgetaucht, die zum Teil eine eingehendere Betrachtung verdienen. Zunächst bespricht Verfasser die photodynamische Theorie und die zu ihrer Stützung ausgeführten Tierversuche. Dann bespricht er die Avitaminosentheorie von Funk und den Monophagismus von Volpino; nach letzterem wäre die Pellagra ein Maismonophagismus. Zum Schlusse erwähnt Verfasser noch die Hypothese der Kieselsäureintoxikation.

R. Frühwald-Leipzig.

Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Pellagra, von G. Alessandrini und A. Scala-Rom. (Zschr. f. Chemother., 1914, Bd. 2, H. 2—4.) Während man bisher der Ansicht war, daß die Pellagra eine parasitäre Erkrankung ist, kam Scala auf den Gedanken, daß die Pellagra auf der Wirkung einer mineralen Substanz beruhe, die man unter gewissen Umständen in den Gewässern findet, die man in Pellagragebieten trinkt. Die Versuche scheinen die Richtigkeit der letzteren Ansicht zu bestätigen, daß die Pellagra die Wirkung einer chronischen Intoxikation ist, deren Ursache die Kolloidallösung des Siliziumdioxyds in Gewässern, die in bestimmter Weise zusammengesetzt sind, ist. Die Mineralavidosis muß größer sein als diejenige, die im gesunden Organismus vorhanden sein muß, und die wir für die Reaktion von Kochsalz und Proteinsubstanzen als notwendig und wohltuend bezeichnen können. Die Behandlung besteht in einer Darreichung einer 5—10%igen Trinatriumzitratlösung. W. Chrzelitzer-Posen.

Neuer Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Pellagra, von G. Alessandrini und A. Scala-Rom. (Annali d'Igiene sperimentale, 1914, Bd. 24.) Die Verfasser kamen, durch Betrachtung mehrerer Umstände, zur Überzeugung, daß die Ursache der Pellagra in dem unbelebten organischen oder anorganischen Inhalt des Trinkwassers zu suchen sei und führten eine Reihe von Untersuchungen in dieser Richtung aus, aus denen sich ergab: 1. Daß die Kieselsäure in kolloidaler Lösung und im gelatinösen Zustande, per os, subkutan oder intraperitoneal eingeführt, bei Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden und Affen eine chronische Intoxikation hervorruft

Digitized by Google

und daß auf diese schädliche Wirkung der Kieselsäure ein großer Einfluß von den Elektrolyten ausgeübt wird, mit denen die Kieselsäure in Berührung kommt, bevor sie in den Kreislauf übergeht, wobei sich kolloidale Verbindungen oder solche mit Oberflächenabsorption bilden, die schädlicher oder weniger schädlich als die Kieselsäure oder überhaupt nicht schädlich, wie im Falle des Kalziumkarbonats, sein können. 2. Daß die Tonerde, wenigstens bei Meerschweinchen und Kaninchen, eine ähnliche Wirkung wie die Kieselsäure ausübt und somit, wenn sie sich mit dieser zu einer kolloidalen Verbindung vereinigt oder einfach neben der Kieselsäure im Wasser als Suspension enthalten ist, die Wirkung der Kieselsäure verstärkt. 3. Daß die aufgeschwemmte Tonsubstanzen enthaltenden Gewässer der pellagrösen Gegend Gualdo-Tadino, Meerschweinchen und Kaninchen, per os zusammen mit Kleie oder Affen als Getränk verabreicht, dieselbe Intoxikation wie die Kieselsäure verursacht haben. 4. Daß die Fütterung der mit Kieselsäure behandelten Tiere mit Maismehl und Gras keine Erschwerung der Intoxikation zur Folge gehabt hat, woraus zu schließen ist, daß der Mais keinen vergiftenden Gehalt an Kieselsäure hat und auf keinem sonstigen Wege eine Giftwirkung entfaltet. 5. Daß die Kieselsäure eine Retention von Salzen herbeiführt, die eine übermäßige Bindung von Salzen an die Gewebe und ein darauffolgendes ebenfalls übermäßiges Freiwerden von Mineralsäuren bewirkt, welche letztere pathogen wirken. Bei der Intoxikation wirkt die Kieselsäure somit indirekt. 6. Daß die Effekte einer solchen Intoxikation durch intramuskuläre oder hypodermatische Einspritzungen von Natriumzitrat beseitigt werden können, das alkalisierend wirkt. 7. Daß das Krankheitsbild der experimentellen Kieselvergiftung resp. Kieselazidose mehr oder minder identisch mit denjenigen der menschlichen Pellagra ist. Kurz, Alessandrini und Scala sind der Ansicht, daß die Pellagra eine Azidose, d. h. die Folge einer chronischen Intoxikation sei, deren Ursache die Kolloidallösung des Siliziumdioxyds in dem Trinkwasser ist, von dem in den Pellagragegenden Gebrauch gemacht wird. Den chemischen Prozeß, durch den das Trinkwasser pellagrogen werden soll, erklären sie folgendermaßen: „Der Ton ist die erste Ursache der Krankheit, da das Regenwasser sowohl in den oberflächlichen als in den tiefen Schichten durch die Reaktion mit demselben (Ton ist ein Aluminiumsilikat) eine Hydrolyse hervorruft, wodurch Kieselsäure und Aluminiumhydrat entsteht. Durch die Art, wie die Hydrolyse vor sich geht, können beide in Kolloidalgestalt ins Wasser übergehen. Es ist bekannt, daß zwischen Kolloidalsiliziumdioxyd und Aluminiumoxyd ein Zusammenhang besteht, und daß sie sich gegenseitig niederschlagen, so daß im Wasser nur der Überschuß Siliziumdioxyd bleibt, der notwendig ist, um das Aluminiumoxyd niederzuschlagen. Die kolloidale Verbindung Siliziumdioxyd-Aluminiumoxyd, die nicht mit Aluminiumsilikat zu verwechseln ist, bildet ein Depot und bleibt zum Teil suspendiert. Dies ist dann die Ursache der dauernden Trübung, die man so häufig bei von Pellagrakranken getrunkenem Wasser beobachtet.“ Von dieser Auffassung der Ätiologie der Pellagra ausgehend, haben die genannten Verfasser eine Anzahl von Pellagrakranken mit täglichen Einspritzungen von Trinatriumzitratlösung (5 und 10%) behandelt, ohne ihre Lebens- und Ernährungsweise abzuändern, und behaupten, günstige Resultate erzielt zu haben. K. Rühl-Turin.

Die Ätiologie der Pellagra, von Aldo Perroncito-Pavia. (Sperimentale, 1913.) Verfasser gibt ein ausführliches, für den italienischen Pathologentag bestimmtes Referat über die Hypothesen bezüglich der Ätiologie der Pellagra. Zu kurzem Referate sind die Ausführungen nicht geeignet. Am Schlusse zieht Verfasser das Fazit, daß die eigentliche Ursache der Pellagra noch immer so unbekannt ist wie früher. Das eine geht nur mit Sicherheit aus allem hervor, daß ausschließliche Maisnahrung und Armut eine wichtige Rolle in der Pellagraätiologie spielen. Da erstere aber eine Folge der

Digitized by Google

letzteren ist, so erhellt daraus, daß die Pellagra auch mit der Armut aus der Welt schwinden wird. R. Frühwald-Leipzig.

Untersuchungen über die Ätiologie der Pellagra, von D. Carbone und F. Cazzamalli. (Riv. sperim. di Freniatria, Bd. 39, Nr. 1.) Dunkle Ratten (Mus decumanus) können während längerer Zeit (mehr als $4^1/_2$ Monate) ausschließlich mit gesunder Polenta gefüttert und unter dem direkten Einfluß des Tageslichtes und der Sonnenstrahlen gehalten werden, ohne daß irgend welche allgemeine Störungen, noch irgend welche Alterationen der Haut resp. der Haare auftreten. Die Ratten, die mit Polenta gefüttert wurden, die aus mit Penizillum infiziertem Maismehl hergestellt wurde, starben nach 23 Tagen und zeigten deutliche Alterationen der Haut, der Haare, des Darmes, der Leber und der Milz. K. Rühl-Turin.

Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Pellagra, von D. Cesa-Bianchi-Mailand. (La Clinica m. Italiana, 1914, Bd. 53, Nr. 2.) Alle bisher auf dem immunitären Gebiete ausgeführten Untersuchungen haben keinen Beweis für die Existenz von spezifischen Beziehungen zwischen Mais und Pellagra liefern können. Der Nachweis von spezifischen Antikörpern im Blutserum der Pellagrakranken (Hämolysine, Präzipitine, komplementbindende Substanzen) soll bisher nicht gelungen sein. Die auf anaphylaktischem Gebiete ausgeführten Recherchen über die Pellagraätiologie sollen ebenfalls bisher keine positiven Resultate erbracht haben. K. Rühl-Turin.

Zwei Fälle von Addisonschem Syndrom bei Pellagrösen, von Giovanni Bertelli. (Morgagni, März 1914.) Verfasser beschreibt eingehend eine Frau und einen Mann mit typischen Addison-Symptomen: Asthenie, nervöse Störungen (Parästhesien, Unruhe), Pigmentation der Haut, beim Manne auch der Schleimhaut, Blutdrucksenkung. Beide waren pellagrös, doch hatten sie nicht die klassische, sondern eine milde hereditäre Form, die sich nur in periodischen Schwächezuständen und in flüchtigen Erythemen äußerte. Bei der Untersuchung fand sich kein Symptom von Pellagra; sie wurde nur in der Aszendenz und bei Geschwistern festgestellt. Verfasser ist der Ansicht, daß die Pellagra bei den beiden Patienten in ursächlichem Zusammenhang mit dem Addisonschen Symptomenkomplexe steht; sei es daß ein hypothetisches Virus der Pellagra das chromaffine System befallen habe, sei es daß diese eine Atrophie der Organe bewirkt habe. R. Frühwald-Leipzig.

Pellagra mit Addisonschem Symptomenkomplex, von G. Rubinato. (Morgagni, 16. Mai 1914.) Verfasser fand bei einigen Pellagrösen außer den Störungen des Verdauungstraktes, des Nervensystems und der Haut noch eine große allgemeine Schwäche und eine dunkelbraune Verfärbung der Haut. Er glaubt, daß diese Symptome durch Alteration des endokrino-sympathischen Systems bedingt sind. R. Frühwald-Leipzig.

Einige Fälle von Pellagra mit Addisonschem Symptomenkomplex, von G. Rubinato-Treviso. (Riv. crit. di Clin. m., 1914, Nr. 5.) Beschreibung von drei Fällen; zwei heilten, der dritte kam zur Obduktion. Aus der Nekroskopis ergab sich: ausgebreitete aber nicht intensive Läsionen der zerebralen und zerebellaren Rinde; schwere Alterationen der intervertebralen Ganglien und besonders derjenigen des zervikalen und abdominalen Sympathikus. Die Nebennieren waren sowohl in der Mark- wie in der Rindenzone alteriert, jedoch nicht in beträchtlichem Grade. Verfasser erklärt die Hautläsionen der Pellagrösen im allgemeinen durch die Läsionen des Sympathikus und der internsekretorischen Drüsen. K. Rühl-Turin.

Die Schilddrüse bei Pellagra, von C. F. Beeson-Roswell. (J. Am. m. Assoc., 12. Dez. 1914.) Folgender Fall wird vom Verfasser als eine Bestätigung der Beziehungen zwischen Pellagra und Störungen der Schilddrüsenfunktion gedeutet: eine

Digitized by Google

45jährige, früher gesunde, verheiratete Frau klagte seit Jahresfrist über häufige Diarrhöen, Schwindel, Anschwellung des Halses und pellagraartige Läsionen an den Handrücken. Unter guter Hygiene und Verabreichung von Jod und Arsenik nahm sowohl die Handaffektion als auch die recht deutliche Schwellung der Schilddrüse ab, doch rezidivierten beide Affektionen gleichzeitig und sind zur Zeit beide zugleich auch vergangen. Von anderer Seite ist mehrfach der Kropf als die häufigste Begleiterscheinung der Pellagra erwähnt. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Maiskost bei Gesunden und bei Pellagrakranken, von P. Albertoni und P. Tullio-Bologna. (Boll. R. Accad. d. Scienze di Bologna, Januar 1914.) Die Stickstoffbilanz kann zwar bei Gesunden auch durch Polenta gedeckt werden, es tritt aber leicht ein Defizit ein, ebenso wie eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten im allgemeinen eintritt. Die Verluste durch die Fäzes sind enorm. Aus vergleichenden Untersuchungen bei Gesunden und Pellagrösen ergab sich, daß die alimentäre Insuffizienz des Maises nicht auf seinem Gesamtgehalt an Stickstoff beruht; der Mais ist nicht ein aplastisches Nährmittel in absolutem Sinne; die Insuffizienz hängt mit der Zusammensetzung der Proteinstoffe oder mit dem Fehlen anderer unbekannter Stoffe zusammen. Chemische Untersuchungen haben gezeigt, daß im Zein des Maises gewisse Gruppen (z. B. die Tryptofangruppe) fehlen, die für das Leben des Menschen notwendig sind. K. Rühl-Turin.

Weiteres über die Überempfindlichkeit der Pellagrakranken für die Maisextrakte, von G. Volpino-Turin. (Clinica m. Italiana, 1914.) Verfasser verficht seine Lehre über die Ätiologie der Pellagra gegenüber Cesa-Bianchi, der die Überempfindlichkeit der Pellagrösen für Maisextrakte in Abrede stellte. K. Rühl-Turin.

Hypersensibilität maisernährter Meerschweinchen gegen Blutserum Pellagröser, von Pietro Rondoni. (Riv. pellagrol. ital., 1913, Nr. 6, 1914, 1—3.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig.

Zeinolytische Fermente im Blut Pellagrakranker, von J. J. Nitzesco. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 17.) Im Blut Pellagrakranker sind mit der Abderhaldenschen Methode zeinolytische Fermente, die sich bei Gesunden nicht finden, nachweisbar. Sie entstehen durch das Übertreten von Maisalbumin aus dem in der Regel geschädigten Verdauungstrakt ins Blut und bleiben lange darin erhalten. W. Lutz-Basel.

Isolysine und antitryptisches Vermögen des Blutserums der Pellagrakranken, von L. Delisi. (Riv. di Patol. nervosa e mentale, Bd. 18, Nr. 7.) Es besteht ein gewisses Verhältnis zwischen den Schwankungen des pellagrösen Krankheitsprozesses einerseits und dem Auftreten und Verschwinden des isolytischen Vermögens und dem Steigen und Sinken des antitryptischen Vermögens andererseits. Man kann im allgemeinen annehmen, daß, wenn die Isolyse vorhanden ist, das antitryptische Vermögen ein hohes ist; daß dieses nach dem Verschwinden der Isolyse noch hoch sein kann, aber jedoch nicht mehr so hoch wie bei vorhandener Isolyse ist; daß das Eintreten der Isolyse und das starke Ansteigen des antitryptischen Vermögens dem intensivsten Ausbruch der Pellegrasymptome (Haut-, Darm-, Nervensystem) entsprechen. K. Rühl-Turin.

Die Abderhaldensche Reaktion bei Pellagrakranken und bei Patienten mit Magendarmstörungen, von V. Babes und H. Jonesco. (Compt. rend. soc. biol., 1914, Nr. 22.) Zeinolytische Fermente im Blut sind nicht spezifisch für Pellagra; sie finden sich auch bei Leuten, die Mais genießen und an einer Magendarmstörung leiden, beweisen also nur, daß die Darmwand für Maisulbumin durchgängig ist, wie zugleich vielleicht auch für andere Stoffe, die bei Antointoxikationen eine Rolle spielen.
W. Lutz-Basel.

Digitized by Google

Der diagnostische Wert des Pellagrogenin, von Guido Volpino. (Riv. pellagrol. ital., 1914, Nr. 3.) Die Zusammenstellung der Resultate verschiedener Verfasser ergibt, daß die Pellagrogeninreaktion bei eben vom Lande gekommenen Patienten mit frischer Pellagra fast konstant positiv ist. Allerdings wird ihr diagnostischer Wert durch den Umstand, daß auch 25% Nichtpellagröser positiv reagieren, eingeschränkt. Das eine aber steht fest: bei eben vom Lande gekommenen Individuen mit unsicheren Symptomen von Pellagra spricht die negative Reaktion fast absolut gegen diese Erkrankung.

R. Frühwald-Leipzig.

Bedeutung und Wichtigkeit des Pleomorphismus bei der Identifizierung und Klassifizierung des Streptobacillus pellagrae, von G. Tizzoni und M. Deangelis-Bologna. (Malaria e Malatti dei paesi caldi, August 1914.) Der Streptobacillus pellagrae erfährt, in Abhängigkeit von der Zusammensetzung des Nährsubstrates, auf welchem er kultiviert wird, Modifizierungen seiner Form und Änderungen seiner biologischen Eigenschaften; er weist in seiner am höchsten entwickelten Form eine Gestalt auf, die derjenigen des unteren Hyphomyzeten ähnelt. In seinem parasitären Leben, so wie man ihn findet, wenn man ihn aus dem Blute auf gewöhnlichen Nährböden kultiviert, tritt er unter drei verschiedenen Typen auf, nämlich: Typus A in Streptokokkenform. Typus B in Bazillenform (kurze dünne Bazillen, die ihren Dimensionen nach den Influenzabazillen ähneln und in charakteristischer Weise palisadenartig angeordnet sind). Typus C in staphylokokkenartiger Anordnung. Beobachtet man junge Kulturen, so kann man sich leicht überzeugen, daß die vermutlichen Streptokokken Bazillen oder kurze Fäden sind, deren Protoplasma sich in kokkenförmige Abschnitte geteilt und streptokokkenähnliche Ketten gebildet hat. Der Typus C entspricht dem höchsten Evolutionsgrade und besitzt die geringste Fixität. Bei diesem ebenso wie bei dem Typus A kann man eine Andeutung auf die Vermehrung des Keimes durch Extroflession und Verlängerung des Protoplasmas, d. h. auf die Entwicklung aus Elementen beobachten, die größer und intensiver gefärbt als die gewöhnlichen sind, eine runde oder ovoide Form haben und von den Verfassern als Sporalkörper bezeichnet werden, weil sie ähnlich wie die Sporen zur Vermehrung und Weitererhaltung der Spezies dienen sollen, ohne alle Charaktere der Sporen zu besitzen. Die Elemente mit dem höchsten Evolutionsgrad erhält man, wenn man den Keim auf besonderen, ausschließlich aus Salzen und Kohlehydraten zusammengesetzten Nährsubstraten züchtet, auf denen er sich sehr langsam entwickelt. Auf derartigen Nährböden kann man die Vermehrung des Keimes durch Sporalkörper, die Anwesenheit von keulenförmigen Bazillen, die Bildung von wahren und echten Verzweigungen sowohl bei den kokkenartigen wie bei den bazillenförmigen Elementen, die Entstehung von langen Fäden mit in kokken- oder bazillenförmigen Segmenten geteiltem Protoplasma und schließlich die Entstehung von Fäden mit verzweigter myzeliumartiger Gestalt, die eine eigene Wand und ein Protoplasma (das bald Involutions-, d. h. Erosions-, Vakuolisierungs- und Zerstörungsprozessen anheimfällt) besitzen und in den vorgeschrittenen Stadien ein reiches Netzwerk mit sphärischen Endkörperchen bilden, deutlich beobachten. Das Fehlen von fixen Reproduktionsformen gestattet nicht eine direkte Einreihung des Keimes unter die unteren Hyphomyzeten; man kann jedoch eine Verwandtschaft mit den Aktinomyzes annehmen. Der Keim ist jedenfalls von allen übrigen Mikroorganismen deutlich zu unterscheiden.

K. Rühl-Turin.

Versuche zur Übertragung von Pellagra auf Affen, von C. H. Lavinder, E. Francis, R. M. Grimm-Washington und W. F. Lorenz-Mondsta. (J. Am. m. Assoc., 26. Sept. 1914.) Die bisherigen diesbezüglichen Versuche haben keine beweiskräftigen Resultate geliefert, und von den Versuchen, welche Verfasser bei 72 Affen, zumeist

Digitized by Google

von der Gattung Rhesus, ausführten, ergab nur ein einziger Fall Erscheinungen, welche als eine Pellagrainfektion gedeutet werden konnten. Es handelte sich dabei um einen Macacus rhesus, der zweimal eine intraspinale Injektion von Zerospinalflüssigkeit von zwei Pellagrakranken erhielt. Das Tier zeigte einige Tage nach der Einspritzung zunächst Schwellung der Haut der Vorderbeine und bald nachher Haarausfall und schuppige Rauheit dieser Partien. Nach Abstoßung der sich später entwickelnden Krusten heilte der ganze Prozeß völlig aus. Die sonst vorgenommenen sehr zahlreichen Experimente wurden mit dem verschiedenartigsten, bei Lebzeiten und bei Autopsien von Pellagrakranken gewonnenen Material ausgeführt und umfaßten 103 Einführungen von solchem Material in den Magen mittels Schlundsonden, 52 Injektionen von Flüssigkeit und 96 Injektionen von Extrakten, Emulsionen oder Suspensionen von Gewebsmassen. Die Versuche werden noch fortgesetzt. A. Philippi-Salzschlirf.

Prophylaxe und Therapie der Pellagra im Lichte der Vitaminlehre, von C. Funk-London. (M. m. W., 1914, Nr. 13.) Verfasser führt die Entstehung der Pellagra auf den fortgesetzten Genuß von allzu gründlich entschältem und gereinigtem Mais und auch Reis zurück. Durch die modernen fabrikmäßigen Prozeduren zur Herstellung eines möglichst in die Augen stechenden Marktproduktes werde dem Mais in ganz unzweckmäßiger Weise sein Gehalt an Proteinen, Fett, Phosphor, Lipoidphosphor und Salzen entzogen. Diese Bestandteile werden als Maiskleie zur Viehfütterung verwendet, wobei allerdings sich vorzügliche Resultate ergeben. Als prophylaktische Maßregeln empfiehlt F. demgemäß in erster Linie den Gebrauch von ungeschältem Mais, um die direkt unter der Haut befindliche Aleuronzellenschicht mit den Vitaminbestandteilen mit zu genießen, und im übrigen vitaminreiche Nahrungsmittel wie Kartoffeln und sonstige frische Gemüse, Obst, Milch, sowie auch Fleischsaft, Fleisch und Fleischbrühe in nicht zu kleinen Mengen. Als Medikamente sind Hefepräparate und Lebertran zu verordnen. A. Philippi-Salzschlirf.

Die Behandlung der Pellagra, von C. Voegtlin-Washington. (J. Am. m. Assoc., 26. Sept. 1914.) Im allgemeinen ist man bei der Behandlung der Pellagra, wie V. ausführt, auf hygienische und diätetische Maßnahmen beschränkt. Von Medikamenten dürfte vielleicht Arsenik noch am meisten Wirkung entfalten, obwohl manche Beobachter dem Mittel jeglichen Wert absprechen. Verfasser neigt zu der Ansicht, daß Mängel in der Ernährungsweise, namentlich eine allzu exklusive vegetarische Diät, ätiologisch eine große Rolle spielen, und daß eine genügende Fleischzufuhr eine erste Bedingung bei der Therapie darstellt. Er hat einige Tierversuche ausgeführt, welche seine Auffassung zu stützen geeignet sind. A. Philippi-Salzschlirf.

Purpura haemorrhagica. Morbus maculosus Werlhofi, von Gilbert Parker-Burin North. (New York m. J., 18. Juli 1914.) Der Fall betraf eine 45jährige Frau, welche auf der Oberfläche der Zunge vier hämorrhagische, rundliche Herde zeigte und ständig Blut spukte, ohne daß weitere objektive Erscheinungen vorhanden waren. Weiterhin traten aber Purpuraflecken (Petechien) an Stirn, Wangen, Händen, Armen und Brust auf und zwar allmählich in ausgedehntem Maße besonders an Armen und Beinen. Auch blutiger Urin und Stuhl stellten sich ein und unter allmählicher Verschlimmerung des Allgemeinbefindens nach Verlauf von ca. 20 Tagen das tödliche Ende. Auffallend dünkte P. an dem vorliegenden Falle das Fehlen von Fieber, der plötzliche Beginn ohne Vorläufer (Prodrome). Bezüglich der Ursache konnte er gar nichts finden, was für diese rasche Blutzerstörung hätte verantwortlich gemacht werden können. Ob, wie bekannt, fettige Degeneration des Endothels, der Haut- und anderen kleinen Gefäße die alleinige Ursache ist oder nicht andere Faktoren für die Blutveränderung maßgebend sind, ist für P. eine noch offene Frage. M. Stern-München.

Digitized by Google

Ein Fall von Purpura mit Eruption hämorrhagischer Bläschen, von Ad. Hermann Lindvall-Stockholm. (Nord. m. Arkiv, 1914, Nr. 9, H. 1—4.) Verfasser referiert einen Fall bei einem 10jährigen Knaben von Purpura mit verminderter osmotischer Resistenz der Erythrozyten und herabgesetzter Viskosität des Blutes. Während des Verlaufes trat unter geringem Fieber ein vesikulöser Hautausschlag hervor. Das Fieber dauerte sechs Tage. Die Effloreszenzen nahmen bald ein hämorrhagisches Aussehen an, einige zeigten deutliche Dellen. Sie trockneten unter Krustenbildung ein. Neue Eruptionen erschienen auch nach Ende des Fiebers bis auf den zehnten Tag. Dann wurde eine beträchtliche relative Lymphozytose im Blut beobachtet. Die Bläschen waren mehrfächerig und erschienen ihrer Größe und Aussehen nach hämorrhagischen Varizellen ähnlich, sie waren vielleicht durch ein zufälliges Zusammentreffen von Varizellen und Purpura haemorrhagica entstanden. Eine andere Deutung wäre die, daß die Diathese, an welcher der Kranke litt, durch das Auftreten einer Herpes iris kompliziert wurde, die dann einen hämorrhagischen Charakter annahm. W. Chrzelitzer-Posen.

Experimentelle Purpura, von J. C. G. Ledingham und S. P. Bedson. (Lanc., 13. Febr. 1915.) Wenn Meerschweinchen mit Serum von Kaninchen, die gegen Meerschweinchenblutplättchen immunisiert waren, injiziert wurden, wurde eine universelle Purpura beobachtet; gleichzeitig zeigte sich eine starke Abnahme in der Zahl der Blutplättchen. Außerdem hatte das Immunserum hämolytische Eigenschaften. Auch Kaninchen und Ratten bekamen bei denselben Versuchsbedingungen große Purpuraexantheme. H. Boas-Kopenhagen.

Ein Fall von intestinalem Fieber mit Purpura kompliziert, von P. Bruce. (Lanc., 26. Sept. 1914.) Der Titel gibt das Wesentliche an. H. Boas-Kopenhagen.

Ein Fall von septikämischer Purpura, von A. W. Brodribb-Hastings. (Lanc., 20. Juni 1914.) Die 13jährige Kranke kam mit einem ausgedehnten Purpuraausschlag nach kaum dreiwöchigem gelindem Unwohlsein zur Aufnahme. Sie war zum ersten Male vom Arzt 56 Stunden zuvor in seiner Sprechstunde, wohin sie sich zu Fuß begeben hatte, gesehen worden. Bald nach der Aufnahme im Krankenhaus stellte sich Atemnot ein. Man führte die Tracheotomie aus, welche wegen der starken Blutung ziemlich erhebliche Schwierigkeiten machte, aber es erfolgte nach wenigen Stunden der Tod. Die Autopsie ergab einen recht umfangreichen Gehirnabszeß. Im Blute wurde ein sehr virulenter Streptokokkus nachgewiesen. A. Philippi-Salzschlirf.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Kriegsteilnehmern, von E. Brinitzer-Altona. (M. Kl., 1915, Nr. 17.) Verfasser glaubt, daß man die Zahl der Geschlechtskranken infolge der vielfachen Überweisungen, der Rückfälle und anderer Momente erst lange nach dem Friedensschlusse wird feststellen können. Im Kriege 1870/71 betrug die Zahl 44,3 : 1000 und ist in den Friedensjahren auf 19,4 : 1000 zurückgegangen; ein Resultat, das der Verfasser als die Folge der zweijährigen Dienstzeit, des verminderten Alkoholgenusses, der besseren ärztlichen Überwachung und der Prophylaxe auffaßt; wir haben damit wesentlich bessere Verhältnisse als unsere Feinde (Frankreich 27,8, Rußland 57 und England 72 : 1000). Brinitzer glaubt, daß die Kriegszeit in vieler Hinsicht besser geeignet sei als der Frieden für eine gründliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Es läßt sich eine klinisch stationäre Behandlung besser durchführen, weil im Frieden wegen der Arbeitseinstellung die nötige Ruhe, die für die Heilung der in Betracht kommenden venerischen Erkrankungen eine Vorbedingung ist,

Digitized by Google

selten zu erreichen sei. Auch die Kostenfrage, die besonders für die Salvarsanbehandlung und die WR oft ausschlaggebend sei, käme im Kriege nicht so sehr in Betracht. Erworben wird, nach der Statistik des Verfassers, die Krankheit meist in der Garnison oder von Hause mitgebracht. Von 750 Patienten hatten sich 13% in Bordellen, 27% bei öffentlichen Dirnen und 60% gelegentlich „bei Verhältnissen" infiziert. Ein Haupterfordernis aber für die Heilung der Geschlechtskranken wäre ihre sofortige Unterbringung in Spezialabteilungen. Durch die Zuteilung dieser Kranken in kleine Lazarette, das oft nötige Überweisen von dort in andere und durch den Transport wird viel Zeit verloren, die in vielen Fällen von Blennorrhoe und Lues kaum wieder einzuholen ist. Für viele Dermatosen (Psoriasis, Lichen ruber, Alopecia areata usw.) ist eine Behandlung im Kriege nur nötig bei besonders intensiven, lokalen Erscheinungen; sonst können diese Patienten als dienstfähig bezeichnet werden; sollte aber eine Behandlung notwendig sein, so ist das nur in Spezialabteilungen möglich. Verfasser fand unter den mit der Diagnose „Blennorrhoe" ihm überwiesenen Fällen in 10% nur einfache Saprophyten und konnte diese Patienten nach drei Tagen entlassen. Viele harmlose Urethritisfälle, die durch die Anstrengungen exazerbiert waren, konnten schnell entlassen werden, weil die Harmlosigkeit des Leidens den Dienst erlaubte, und man andrerseits nicht hoffen konnte, die Patienten in absehbarer Zeit so radikal zu heilen, daß erneute Anstrengungen nicht zu neuer Verschlimmerung führen würden. Fälle von sexueller Neurasthenie und Klagen über Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen usw. bei neuropathischen Individuen konnten schnell als garnisondienstfähig erklärt werden. Alle dazu nötigen, genauen Untersuchungen und Feststellungen sind fast nur auf Spezialabteilungen durchführbar. Der Verfasser berichtet dann über sein therapeutisches Vorgehen bei Blennorrhoe, besonders mit Epididymitis, Blasentenesmus (zweimal täglich $^1/_2$ mg Atropin sulfur. in Pillen), bei Ulcera mollia, bei denen sich ihm neben dem Jodoform besonders Natr. sozojodolicum bewährt hat. Bei der Syphilis, bei der der Verfasser meint, daß er in ihrem Verlaufe keine auf den Krieg zurückzuführenden Abnormitäten beobachten konnte, gab Brinitzer meist dreimal Neosalvarsan Dosis III in zehntägigen Intervallen und 10—12 Injektionen von Hg salizyl. oder Kalomel (0,1—0,05). Vom Oleum cinereum wurde wegen der bei diesem Präparate besonders schwierigen Mundpflege Abstand genommen. Von den Dermatosen kam besonders Skabies in Betracht. Die bisher getroffenen Maßnahmen zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten (Verbot der Besuche öffentlicher Häuser) billigt der Verfasser. Er verspricht sich aber mehr von der Instruktion über prophylaktische Maßnahmen; vor allen Dingen ist es die wichtigste, daß den Soldaten immer wieder eingeschärft wird, daß sie sofort einen Arzt aufzusuchen haben.

O. Lasch-Breslau.

Zur Behandlung der „Kriegsdermatosen", von C. Bruck. (M. m. W., 1915, Nr. 19.) Zu den durch die Verhältnisse des Krieges zu größerer Verbreitung gelangenden Dermatosen gehören u. a. die Skabies, die durch Pedikuli erzeugte Dermatitis und die Pityriasis rosea. Das Auftreten der letzteren Affektion konnte Verfasser fast stets mit dem Tragen von neuer Wollwäsche in Verbindung bringen. Psoriasis hat B. in ausgedehnterem Maße nur zweimal unter vielen Tausenden von Verwundeten angetroffen. Als wahre Kriegsdermatosen sind dagegen die Staphylodermien zu bezeichnen: Furunkulose, Follikulitis, Impetigo Bockhart, impetiginöses Ekzem (besonders des Kopfes) und Erytheme kamen fast täglich zur Behandlung. Gegen alle diese Affektionen erwies sich das von A. v. Wassermann angegebene Histopin, das in indifferenter Salbengrundlage einen sterilen Extrakt von pathogenen Staphylokokken enthält, als ein wahres Spezifikum. Man reibt unter sanftem Druck diese Salbe täglich ein- oder zweimal auf die erkrankte Stelle und ihre Umgebung ein und bedeckt dann mit einem Schutzverband,

Digitized by Google

etwa einem Stück Köper, das mit Mastisol festgemacht wird. Bei allzu ausgedehnten Staphylodermien hat Verfasser auch das von F. v. Henos angegebene Pelliform, eine Tetrachlorkohlenstoff-Seifenlösung, in Form von Abwaschungen sehr erfolgreich angewandt. A. Philippi-Salzschlirf.

Erfahrungen des Feldlazaretts 6 des VI. Armeekorps, von Paul Kayser. (D. m. W., 1915, Nr. 16.) Zur Hautdesinfektion verwendet K. ausschließlich Jodtinktur in der von der Heeresverwaltung vorgesehenen Form (frisch bereitet aus 10 g Jod, 2,5 Jodkalium auf 100 Spiritus). Für sehr wichtig hält K. — soweit die Zeit es erlaubt — das trockene Rasieren der Wundumgebung. Bei Schädelschüssen wurde nicht nur die Wundumgebung rasiert, sondern der ganze Schädel auf 1 mm mit der Maschine geschoren. Ein allgemeines Haarschurgebot für die Feldarmee wäre seines Erachtens eine gute Neuerung. In der Desinfektionsfrage der eigenen Hand hält K. die Abstinenz der Hand vom Eiter für das Wichtigste, also die Vornahme aller Verbandwechsel nur unter dem Schutze der Gummihandschuhe. Zum Waschen der Hand benutzt er ausschließlich Spiritus nach voraufgegangener „bürgerlicher Reinigung der Hand". Über die Hand kommt der trockene, gut gepuderte Handschuh, der im Feldsterilisiergerät keimfrei gemacht ist. Bei aller Anerkennung der keimarretierenden Eigenschaft des Mastisols hält K. doch die Klebekraft dieses Mittels für das Wichtigere. Kein anderer Verband sitzt so unverrückbar, kein Mittel verhütet daher so sicher die Sekundärinfektion wie das Mastisol. Alle schweren und in kontinuierlichem Zusammenhange mit der Verletzung beobachteten Infektionen sind primäre, d. h. durch das Geschoß und die von ihm mitgeführten Keime bedingt. Der Charakter der Infektion bei der Phlegmone scheint nicht bösartiger zu sein wie bei Friedensverletzungen, mit Ausnahme der Gasphlegmone. K. sah sie nur bei Verletzungen durch Fliegerbombe und Granate und nur an Stellen, wo eine dicke Muskulatur den Boden gab für ihre bekanntlich nur anaerob gedeihenden Erreger. Die Wunden zeigen oft sehr früh eine eigenartig graue Verfärbung, die Haut oberhalb der tiefen Phlegmone ist mißfarbig bräunlich. E. Brinitzer-Altona.

Das Pflegeheim für erbsyphilitische Kinder, „Veslehjemmet", zweiter Jahresbericht, von K. Groen. (Tidskrift f. d. norske Laegeforening, 1915, Nr. 8.) Das Pflegeheim, das durch die Initiative des Verfassers entstanden ist, wurde Juli 1912 eröffnet. Am 30. Juni 1914 hatte es einen Bestand von 18 Kindern. Während dieser Zeit hat es den Beweis geliefert, wie notwendig ein solches Heim war. Der Aufsatz enthält außerdem eine Übersicht über die Behandlung und den Zustand der Kinder, nebst Betrachtungen über Pflegeheime überhaupt. W. Holland-Christiania.

Verschiedenes.

Dr. William Craw Gill, Demonstrator für Dermatologie an der Western Reserve University in Cleveland, O., wurde zum konsultierenden Dermatologen des Lakeside Hospital gewählt.

Priv.-Doz. Dr. Richard Volk-Wien ist als Regimentsarzt im k. u. k. Garnisonsspital in Przemyśl tätig.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

25. September 1915 | Nr. 39 | Band 61

Paul Ehrlich †.

Am 20. August gingen die Flaggen in dem erdumspannenden, keine nationalen Grenzen kennenden Dominium des Geistes halbstock. Paul Ehrlich tot! Selbst der erbittertste und zäheste Gegner deutscher Weltherrschaft mußte sich beugen vor dem Kämpfer, welcher in höchstem Sinne die medizinische Kulturarbeit Deutschlands verkörperte, vor der nun entschwundenen Geistespracht dieses praeceptor mundi.

Wenn das heilige Zeichen des Roten Kreuzes noch irgend welche Bedeutung im Verkehr der Nationen besitzt, wenn — wie wir hoffen — in ihm verankert bleiben die letzten Reste und Fäden gegenseitigen Verstehens der rasenden Völker, dann werden neue, gemeinsame Aufgaben zuerst erstehen aus dem mit eiserner Energie betriebenen methodischen Denken solcher Forscher wie Ehrlich, die nur das eine unverrückbare Ziel vor Augen haben: heilen.

Das war die Losung von des neuen König Artus' Tafelrunde, von Robert Koch und seinen Getreuen. Dem Gewaltigen waren als machtvollste Helfer an die Seite getreten v. Behring und Ehrlich.

Histologie, Klinik und Pathologie des Blutes, erforscht nach neu ersonnenen Färbemethoden, theoretischer Ausbau der Lehre von der Immunität, Chemotherapie, experimentelle Karzinomforschung: nur einige Meilensteine auf der unwegsamen, einsamen Bahn des sieghaft ins Dunkle vordringenden Biologen.

Der Überlebende der drei ganz Großen sprach am Sarge davon, wie sehr die Abwehr von Angriffen auf sein Forschungsgebiet die Körperkraft Ehrlichs erschüttert habe. Althoff, solches erkennend, habe ihm alle Steine des Anstoßes bei seiner Forschertätigkeit aus dem Wege geräumt. Wir hören

Digitized by Google

das gern. Eine spätere Zeit wird allerdings kaum verstehen, weshalb um den jüngeren EHRLICH die Universitäten sich nicht rissen, während zu dessen Frankfurter Arbeitsräumen die Ordinarien pilgerten, um mit neuen Ideen bereichert in die eigene Werkstatt heimzukehren. Unnahbar wurde EHRLICH trotzdem nicht. Gütig blieb bis zuletzt seine Art sich mitzuteilen, anderen von dem Reichtum seines Geistes abzugeben. Seinen Anregungen verdanken viele ihre ganze Lebensarbeit, und Jahrhunderte werden noch die Früchte aus den Samenkörnern sehen und pflegen, die er ausstreute.

Die Zukunft der Frankfurter Universität kann der Manen eines WEIGERT, eines EHRLICH nicht entraten. Noch wirkt EDINGER in ungebrochener Kraft. Drei Namen wie ein Menetekel und eine ernste Mahnung, dafür zu sorgen, daß nach dem kommenden Frieden von unseren Universitäten auch weiterhin ferngehalten werden alle unsachlichen und unethischen, streberischen und wissenschaftsfremden, vergänglichen Tendenzen des Tages.

Die Dermatologische Wochenschrift trauert um den glänzendsten ihrer Mitarbeiter. D.

Aus der dermosyphilopatischen Klinik der K. Universität Parma
(Leiter: Prof. M. PELAGATTI).

Ein Vergleich zwischen Salvarsan und Neosalvarsan bezüglich ihrer Wirkung bei experimenteller Syphilis.

Von

Dr. MARIO COPELLI, Oberarzt.

Das von EHRLICH als das 914. seiner arsenikhaltigen Präparate bezeichnete Salvarsan wurde von ihm zunächst bei der experimentellen Trypanosomiase verwendet, und da es bei dieser Krankheitsform eine größere Wirksamkeit als Salvarsan gezeigt hatte, auch in die Syphilistherapie eingeführt. Wegen seiner geringeren Toxizität und leichteren Einverleibung fand das Präparat sofort eine weitgehende Anwendung, so daß es heutzutage — namentlich in Frankreich und Italien — als Ersatz für das alte Salvarsan benutzt wird. Allein trotz der nach bereits dreijähriger fleißiger Heranziehung des Mittels gewonnenen klinischen Erfahrung ist es noch nicht möglich geworden, festzustellen, ob das Neosalvarsan es tatsächlich verdiene, das Salvarsan in der Syphilistherapie zu ersetzen, und zwar nicht nur wegen seiner schwächeren Toxizität

Digitized by Google

und leichteren Einverleibung, sondern auch im Hinblick auf seine therapeutische Wirksamkeit.

So sind manche der Ansicht gewesen, „914“ sei wirksamer als „606“, sei es wegen der Möglichkeit, stärkere Dosen desselben zu injizieren, sei es wegen der größeren Leichtigkeit, womit es die Gewebe innig durchdringt, sei es endlich wegen der stärkeren spezifischen Beeinflussung der Spirochäta. Von den Verfassern mögen hier in dieser Hinsicht erwähnt werden: Emery, Henck, Queyrat, De Azua, Dreyfus, Bouttièr, Donagh, Hudelo, Montlaur, Huys, Bodracan, Jacque, Rauvière, Bayet, Jordan, Bernheim, Odstreil, Fabry, Simon, Schreiber, Meutberger, Watanabe, Saolowjew.

Andere Verfasser haben hingegen das „914“ für minder wirksam gehalten als das „606“; unter diesen: Kale, Gennerich, Neisser, Malcolm Morris, Mac Cornac, Wolff und Mulzer, Sellei, Malinowski, Odstreil, Wahle, Dreyfus, Fox, Krefting, Mayer.

Nach anderen schließlich soll die therapeutische Wirksamkeit des einen Präparats eine ebenso große sein wie die des anderen, vorausgesetzt, daß gleiche Gewichtsmengen Arsenik hierzu verwendet werden. (Marschalko, Carle, Jacque, Sommer, Lemeland, Levy Burg, Verrotti, Gutmann, Greco, Brisson, Wechselmann, Grünfeld, Stühmer, Mc Intosh, Fildes, Parker, Wolbarst, Almkvist, Rasch, Kall, Grünberg, Kerl, Lebredde, Botey, Whitehouse, C. Schuyler, Freund, Isaac, Sodmann, Van Riempst, Corlett.)

Wie man sieht, sehr verschiedene und voneinander stark abweichende Anschauungen.

Solche Meinungsverschiedenheiten dürften meinem Dafürhalten nach in den verschiedenen Annahmen, die mit Rücksicht auf die klinischen Erfahrungen zulässig erscheinen, ihre Erklärung finden. Eine mehr haltbare und genauere Anschauung war eher von der Anwendung des Mittels bei streng miteinander vergleichbaren luetischen Läsionen zu erwarten, wie eben jene bei experimenteller Syphilis vorkommenden. Derartige Untersuchungen sind aber meines Wissens bisher noch nicht angestellt worden, weshalb ich mich in vorliegender Mitteilung gerade mit solchen befassen will.

Da es nun mein Wunsch war, neben den Ergebnissen des in bezug auf die antiluetische Wirksamkeit zwischen den beiden Präparaten angestellten Vergleiches auch jene bei Kontrolle der klassischen Versuche Hatas über das „606“ erzielten kennen zu lernen, so beschloß ich, mir den von Hata bei seinen Untersuchungen angewandten Spirochätenstamm zu verschaffen. Die Erfüllung dieses Wunsches wurde mir durch die Freundlichkeit des Herrn Prof. Truffi, dem ich hier meinen besten

Digitized by Google

Dank ausspreche, möglich gemacht. Prof. TRUFFI schickte mir — wie er dies bereits 1909 auch HATA gegenüber getan hatte — den von ihm für Kaninchen hergestellten Stamm, dessen Beständigkeit durch Serumübergänge in diese letzteren erzielt worden war.

Bevor ich jedoch meine Untersuchungen über die vergleichende Wirksamkeit der beiden Präparate in Angriff nahm, hielt ich es vor allem für zweckmäßig, die eventuellen Veränderungen zu ermitteln, die das TRUFFIsche Virus bei seinen äußerst zahlreichen, in den letzten Jahren bewerkstelligten Übergängen von einem Kaninchen ins andere möglicherweise erfahren hatte.

Zu diesem Behufe habe ich zur Kontrolle sechs nichtbehandelte Kaninchen gewählt, an denen ich bis zu ihrem Tode die Ausbildung der experimentellen Syphilis verfolgen konnte. Bei allen sechs Tieren entwickelte sich die Infektion mit den gleichen Merkmalen und dem gleichen Verlauf, so daß das Protokoll jedes einzelnen auch jenes aller übrigen in sich faßt.

Für die Beschreibung werde ich daher das Protokoll nur eines derselben, und zwar von Kaninchen V, hier mitteilen.

Kaninchen V. Körpergewicht 3 kg.

1. Februar 1914. Es werden links beide Skrotalsäcke inokuliert. Man bekommt links ein hanfkorngroßes Knötchen. Rechts eine erbsengroße Eiteransammlung: dieselbe wird entleert.

28. Februar 1914. Beiderseits ein erbsengroßes Initialsyphilom, positive Spirochäten. (Rechts ist das Syphilom ulzerös geworden, links hingegen ist dasselbe mit noch unversehrten Geweben überzogen.)

10. März 1914. Die Syphilome sind wie Bohnen, am

20. März 1914 wie kleine Haselnüsse groß geworden.

30. März 1914. Links hat das Syphilom die Größe einer Haselnuß erreicht und auch die Gestalt einer solchen angenommen. Rechts ein Syphilom, halb so groß wie eine Nuß, mit einer dicken, trockenen Kruste überzogen.

15. April 1914. Links unverändert. Rechts hat das Syphilom an Flächenausdehnung gewonnen.

30. April 1914. Links ist das Syphilom infolge Nekrose der darüberliegenden Gewebe ulzerös geworden. Rechts unverändert.

15. Mai 1914. Links ist das Syphilom in bezug auf Flächenausdehnung zwar unverändert geblieben, hat aber dafür an Tiefe zugenommen und hierbei den Hoden ergriffen. Rechts ist ein tiefer Spalt entstanden, der das Syphilom in zwei Hälften geteilt hat.

30. Mai 1914. Unverändert.

15. Juni 1914. Hodensyphilom links wallnußgroß; das Skrotalsyphilom unverändert. Rechts unverändert.

30. Juni 1914. Links geht das Skrotalsyphilom allmählich zurück; dasselbe hat nun ein nekrotisches Aussehen; das Hodensyphilom ist unverändert geblieben. Rechts ist die eine Hälfte des Syphiloms im Rückgang begriffen, die andere hat ein speckartiges Aussehen angenommen.

Digitized by Google

15. Juli 1914. Der Rückgang macht sich bei allen Manifestationen bemerkbar; auch die Orchitis ist rückgängig geworden; hierbei auch fleckenartig verteilte Alopezie, schorfige Läsionen an Schnauze und Pfoten, Rhagaden an der Nase; das Tier wiegt 2 kg, ist mager und niedergeschlagen.

10. August 1914. Keine neue Erscheinung. Das Tier kommt bis zu seinem Tode immer mehr herab; Körpergewicht 1,7 kg.

Neben diesem als Kontrolle dienenden Kaninchen habe ich noch zahlreiche andere (über 200) inokuliert. Ich habe dieselben sowohl zu den weiter unten mitzuteilenden, als auch zu noch anderen umfangreicheren, in unserem Institut noch in Gang befindlichen chemotherapeutischen Untersuchungen benutzt. Mit Hilfe dieses reichlichen Materials ist es mir möglich gewesen, eine ziemlich genaue Vorstellung von den Variationen dieses durch Anwendung des Truffischen Virus erhaltenen Typus von experimenteller Syphilis zu gewinnen.

Dabei habe ich auch konstatiert, daß bei diesen mehrjährigen Serumübergängen die Anpassung des Virus an das Kaninchen eine um so bessere und vollständigere geworden ist. So habe ich bei ungefähr 86% der mit Skrotalinokulation behandelten Fälle ein positives Resultat erzielt; bei ungefähr 70% derselben eine rasche Entwicklung des Syphiloms sowie die Entstehung von floriden Syphilomen hervorgerufen. Oftmals habe ich auch wahrhaft riesige Syphilome erzielen können. In den meisten Fällen ist das Syphilom erst 15—20 Tage nach der Inokulation deutlich hervorgetreten, worauf es ziemlich rasch anwuchs und nach 40—80 Tagen eine bedeutende Entwicklungsstufe erreichte; durch 2—3 Monate blieb es dann stationär, ohne irgend welche Neigung zu einem Rückgang an den Tag zu legen, vielmehr gewann es häufig an Tiefe und ergriff hierbei auch den Hoden. Die Tiere gingen im allgemeinen nach 4—6 Monaten an konstitutioneller Syphilis, an Kachexie oder an interkurrenten Krankheiten zugrunde.

Das von mir ausschließlich angewandte Inokulationsverfahren ist jenes der Skrotalinokulation gewesen. Ich halte es für überflüssig — nach all dem, was darüber bereits gesagt und geschrieben worden — darauf näher einzugehen und will mich daher lediglich auf die Bemerkung beschränken, daß ich mich für die Inokulationen stets erwachsener, gesunder, wohlgenährter, mindestens 2,5 kg wiegender Kaninchen bedient habe, und daß zu den therapeutischen Versuchen nur solche benutzt wurden, die eine floride Entwicklung des Syphiloms aufwiesen; dieselben wurden ungefähr 50—70 Tage nach der Inokulation dem Heilverfahren unterzogen.

Diesen Kaninchen, in zwei Serien von je zehn geteilt, wurde Salvarsan und Neosalvarsan in progressiven Dosen endovenös injiziert.

In nachstehender Tabelle finden sich zunächst die einzelnen Ver-

Digitized by Google

suche sowie die Endresultate der Reihe nach schematisch angegeben; die Nummern der einzelnen Kaninchen, bei denen das experimentell erzeugte Syphilom unter dem Einfluß des Medikaments zu vollständiger Heilung gelangte, ist mit stärkerer Druckschrift gekennzeichnet.

Dose pro kg Körpergewicht in Zentigramm des injizierten 606	Kaninchen N.	Dose pro kg Körpergewicht in Zentigramm des injizierten 914	Kaninchen N.
0,60	VIII	0,90	XVIII
0,80	IX	1,20	XIX
1,—	X—XI	1,50	XX
1,20	**XII—XIII**	1,80	XXI—XXII
1,50	**XIV**	2,25	**XXIII—XXIV**
2,—	**XV**	3,—	**XXV**
3,—	**XVI**	4,5	**XXVI**
4,—	**XVII**	6,—	**XXVII**

Es sei hier zunächst auf die Ergebnisse hingewiesen, welche sich auf die Intensität der Einwirkung der beiden Präparate beziehen. Dieselbe findet natürlich in der Minimaldose, die stets zur vollständigen Heilung des experimentellen Syphiloms geführt hat, ihren Ausdruck.

Wie man bereits weiter oben gesehen, beträgt eine solche minimale Heildose pro kg Körpergewicht

1,20 cg für Salvarsan,
2,25 „ „ Neosalvarsan.

Aus dem Vergleich obiger Zahlwerte ergibt sich, daß bei experimenteller Syphilis Salvarsan sich als nahezu zweimal so wirksam erwiesen hat, als Neosalvarsan.

Wir wollen nun das in Betracht ziehen, was hier als das Wesentliche erscheint, nämlich den Arsenikgehalt der beiden Präparate, der eben den wirksamen Bestandteil dieser letzteren ausmachen soll.

Da die Arsenikgehalte von 606 und 914 sich zueinander verhalten wie 2 : 3, so wird die als therapeutische Minimaldose für Salvarsan angenommene Gewichtsmenge (2,25 cg) 1,50 cg Salvarsan gleich sein. Es wird sich demnach folgende Proportion aufstellen lassen:

$$\left.\begin{array}{l}\text{Therapeutische Minimaldose von 606 (in Zentigramm ausgedrückt) für je 1 kg Körpergewicht . . . . .} \\ \text{Therapeutische Minimaldose von 914 (in äquivalenter Gewichtsmenge von 606 in Zentigramm ausgedrückt) für je 1 kg Körpergewicht . . . . . .}\end{array}\right\} \begin{array}{l}1{,}20 \\ 1{,}50\end{array} = \frac{4}{5}.$$

Dieser Vergleich, der — in höherem Maße als der obige früher angestellte — als nützlich anzusehen ist, um den Grad von Wirksamkeit der beiden Medikamente auszudrücken, lehrt uns, daß selbst dann, wenn man das Arsenikäquivalent berücksichtigen will, das 606 wirksamer ist als das 914, und zwar verhalten sich die beiden

Digitized by Google

Präparate — in bezug auf ihre Wirksamkeit — zueinander wie 5 : 4.

Bevor ich zur Besprechung eines anderen Themas übergehe, halte ich es für angezeigt, einen ziemlich wichtigen Umstand hervorzuheben. Wenn man die von mir als therapeutische Minimaldose (1,20 cg für je 1 kg Körpergewicht) mit der früher von Hata bei seinen klassischen Versuchen (1909) festgesetzten (0,75 cg für je 1 kg Körpergewicht) vergleicht, so fällt der sich sofort daraus ergebende bemerkenswerte Unterschied um so mehr auf, als wir beide — Hata und ich — genau denselben Spirochätenstamm (Truffisches Virus) zum Experiment benutzt haben. Dieses Auseinandergehen der Resultate ist aber wohl kaum ein Beweis dafür, daß meine Beobachtungen, noch mehr aber die klassischen Versuche Hatas, etwa mit einem — sonst wohl möglichen — Fehler behaftet gewesen wären; es dürfte vielmehr dasselbe durch eine Veränderung bedingt sein, die der Truffische Stamm infolge der fortwährenden Übergänge aus einem Kaninchen ins andere und wohl auch der vollständigeren Anpassung an dieses letztere erfahren hat. Derartige Veränderungen haben nun eine höhere Widerstandsfähigkeit des Stammes dem Arsenik gegenüber zur Folge gehabt.

Wir wollen nun untersuchen, ob die Ergebnisse der Versuche es gestatten, die verschiedene Art und Weise der Einwirkung der beiden Heilmittel ins Licht zu stellen und ob sich aus denselben Anhaltspunkte für die Deutung ihres Wirkungsmechanismus gewinnen lassen.

Für das Studium der Art und Weise, wie ein bestimmtes Präparat seine Wirkung ausübt, wäre freilich die klinische Erfahrung vorteilhafter und vollständiger als die experimentelle, insofern erstere die Möglichkeit gewährt, vielfache und verschiedenartige Beobachtungen anzustellen. Allein gerade wegen ihrer Vielseitigkeit bietet die klinische Erfahrung eine spezielle Schwierigkeit dar. Es ist nämlich allgemein bekannt, wie es häufig schwer, ja sogar unmöglich ist, so komplizierte Erscheinungen zu deuten, wie solche nur beim klinischen Verfahren zur Wahrnehmung gelangen. Das experimentelle Verfahren gewährt uns hingegen die Möglichkeit, durch besondere Kunstgriffe biologische Erscheinungen von größerer Einfachheit zu reproduzieren und zu verfolgen, und leistet daher mit Rücksicht auf unsere beschränkten Untersuchungsmittel bessere Dienste als die klinische Beobachtung.

Ich bin somit der Meinung, daß der bezüglich des Einflusses auf die Syphilis des Kaninchens angestellte Vergleich der beiden Präparate miteinander recht nützliche Winke für die Deutung der Art und Weise ihrer Einwirkung geben kann.

Vor allem halte ich es aber nun für zweckmäßig, die Einzelheiten

Digitized by Google

der experimentellen Untersuchungen hier zusammenfassend bekanntzugeben, wobei ich mich jedoch darauf beschränken will, die Protokolle zweier Kaninchen für jede der beiden Versuchsreihen mitzuteilen. Von den beiden als Typen gewählten Tieren wurde das eine mit der therapeutischen Minimaldose (A), das andere (A^1) mit einer zweimal so großen Dose behandelt.

I. Serie. Mit Salvarsan behandelte Kaninchen.

A. Kaninchen Nr. XII. Körpergewicht 3 kg.

16. März 1914. Inokulation beider Skrotalsäcke.

1. April 1914. Beiderseits weizenkorngroßes Syphilom.

18. April 1914. Beiderseits kichererbsengroßes Syphilom. Untersuchung auf Spirochäten positiv.

4. Mai 1914. Rechts halbwallnußgroßes Syphilom; an einem Pol mit einer schwärzlichen, dicken, fest anhaftenden Kruste überzogen, am anderen ist letztere von der Grundfläche abgelöst; zahlreiche bewegliche Spirochäten. Links wird das Syphilom exzidiert.

5. Mai 1914. Endovenöse Injektion von 1,20 cg Salvarsan pro kg Körpergewicht.

6. Mai 1914. Die das Syphilom umgebenden Gewebe zeigen keinerlei Veränderungen, das Syphilom ist nun trockener geworden und nur mit Mühe gelingt es, einen Tropfen Serum daraus zu bekommen, worin wenig bewegliche, in spärlicher Anzahl vorhandene Spirochäten wahrnehmbar sind. Die Kruste ist trocken geworden und haftet fest an der Grundfläche.

7. Mai 1914. Die umliegenden Gewebe zeigen keinerlei Veränderungen. Das Syphilom ist noch trockener geworden, so daß es nur mit großer Mühe gelingt, einen winzig kleinen Serumtropfen auszupressen; in demselben sind wieder spärliche und zwar unbewegliche Spirochäten sichtbar.

9. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist sichtlich zurückgegangen. Die Kruste ist trocken und zerreibbar und läßt sich mit dem Bistouri leicht ablösen. Der Grund des Geschwürs ist trocken und von graulichem Aussehen. Aus dem Syphilom läßt sich nicht der geringste Tropfen Serum gewinnen; entnimmt man aber mit dem Bistouri ein kleines Stückchen Sklerose, bringt dasselbe in physiologische Kochsalzlösung und zerschneidet man dasselbe, so gelingt es dadurch, manche unbewegliche windungslose Spirochäte zu Gesicht zu bekommen.

11. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist auf $^2/_3$ seines ursprünglichen Volumens reduziert; es bleibt trocken und graulich aussehend.

16. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist um die Hälfte seines ursprünglichen Volumens kleiner geworden und behält die erwähnten Merkmale bei.

23. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist ungefähr auf $^1/_3$ seines ursprünglichen Volumens zurückgegangen, hierbei etwas weicher geworden und erscheint mit eitrigem Serum durchtränkt; es hat das Aussehen eines nekrotischen Fetzens. Spirochätenbefund negativ.

30. Mai 1914. Jederlei Spur von Syphilom ist durch den vollständigen Zerfall des nekrotischen Materials verschwunden. Es hinterbleibt nur eine kleine trichterförmige, granulierende, in den darauffolgenden Tagen rasch vernarbende Wunde.

Digitized by Google

A[1]. Kaninchen Nr. XVI. Körpergewicht 2,400 kg.

24. April 1914. Inokuliert wird nur der rechtsseitige Skrotalsack.

10. April 1914. Es kommt bereits zur Bildung eines erbsengroßen Syphiloms.

30. April 1914. Das Syphilom hat die Größe einer halben Haselnuß erreicht.

15. Mai 1914. Das Syphilom erscheint haselnußgroß, ist in größerer Ausdehnung ulzeriert und mit einem dünnen, schwach adhärierenden Schörflein bedeckt. Zahlreiche bewegliche Spirochäten.

16. Mai 1914. Endovenöse Injektion von 3 cg Salvarsan pro kg Körpergewicht.

17. Mai 1914. Die das Syphilom umgebenden Gewebe zeigen keinerlei Veränderungen. Das Syphilom ist trocken geworden und das trockene Schörflein haftet am Grunde. Mit Mühe gelingt es, einen kleinen, nahezu unbewegliche Spirochäten in spärlicher Anzahl enthaltenden Serumtropfen herauszubekommen.

18. Mai 1914. Keinerlei Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist noch trockener geworden; es ist nicht möglich, auch nur den kleinsten Serumtropfen aus demselben herauszupressen; das Syphilom ist sichtlich zurückgegangen.

19. Mai 1914. Zustand unverändert.

21. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist auf $^2/_3$ seines ursprünglichen Volumens reduziert; das Schörflein ist abgefallen und die Sklerose zeigt sich auf der Kehrseite trocken und gleichmäßig graulich gefärbt.

23. Mai 1914. Das Syphilom ist um die Hälfte seines ursprünglichen Volumens kleiner geworden; sonst ist dessen Zustand unverändert.

27. Mai 1914. Keine Veränderung von seiten der Gewebe. Das Syphilom ist auf $^1/_3$ seines ursprünglichen Volumens reduziert und zeigt sich etwas weich und mit eitrigem Serum durchtränkt.

31. Mai 1914. Abstoßung des nekrotischen Materials; es hinterbleibt eine kleine, unter dem Schorf heilende, in wenigen Tagen rasch vernarbende Wunde.

II. Serie. Kaninchen, mit Neosalvarsan behandelt.

A. Kaninchen Nr. XXIII. Körpergewicht 2,200 kg.

10. März 1914. Es wird der linke Skrotalsack infiziert.

27. März 1914. Erbsengroßes Syphilom.

11. April 1914. Kichererbsengroßes Syphilom; Spirochätenbefund positiv.

26. April 1914. Syphilom, Größe und Gestalt einer Haselnuß. Dasselbe zeigt eine centimegroße, mit einem dicken, rötlich gefärbten, gleichmäßigen, fest adhärierenden Schorf bedeckte Ulzeration.

27. April 1914. Endovenöse Einführung von 2,25 cg Neosalvarsan pro kg Körpergewicht.

28. April 1914. Schwellung infolge Kongestion und Ödem der das Syphilom umgebenden Gewebe. Das Syphilom erscheint weich; beim Zusammendrücken entleert sich reichlich eitriges Serum, das den Schorf ringsum ablöst und bewegliche, recht spärlich vorhandene Spirochäten wahrzunehmen gestattet.

29. April 1914. Die Schwellung der Gewebe ist eine stärkere geworden. Das Syphilom ist sichtlich kleiner und weich geworden. Beim Zusammendrücken entleert sich Eiter und nekrotisches Material. Spirochätenbefund negativ.

1. Mai 1914. Die Schwellung der Gewebe hält an. Das Syphilom ist in vollem Rückgang begriffen, und es ist seine Masse fast nicht mehr fühlbar. Spirochätenbefund negativ.

3. Mai 1914. Die Schwellung der Gewebe nimmt allmählich ab. An der Stelle des Syphiloms ist jetzt eine kleine Ulzeration mit unebenem Grund. Spirochätenbefund negativ.

Digitized by Google

10. Mai 1914. Keine Reaktion an den Geweben. Die Ulzeration ist verwischt; es hinterbleibt nur eine kleine granulierende, in den darauffolgenden Tagen rasch heilende Wunde.

A¹. Kaninchen Nr. XXVI. Körpergewicht 3,200 kg.

10. März 1914. Es werden beide Skrotalsäcke infiziert.

11. März 1914. Entstehung von zwei maiskorngroßen Syphilomen.

27. März 1914. Rechts ist das Volumen des Syphiloms $= 2 \times 2 \times 0{,}8$, links $= 1{,}2 \times 1{,}1 \times 0{,}3$ cm. Die beiden Syphilome sind mit einer dicken, harten, gleichmäßigen, fest adhärierenden Kruste bedeckt. Sehr zahlreiche bewegliche Spirochäten.

27. April 1914. Endovenöse Einführung von 4,5 cg Neosalvarsan pro kg Körpergewicht.

28. April 1914. Schwellung (Kongestion und Ödem) der das Syphilom umgebenden Gewebe. Das Syphilom hat seine Größe nicht verändert, es ist nur weich geworden; die Kruste ist nahe daran, sich samt einem großen nekrotischen Fetzen abzulösen. Eitriges Serum in reichlicher Menge. Spirochätenbefund negativ.

29. April 1914. Sehr auffällige Schwellung der Gewebe. Das Syphilom erscheint weich, nekrotisch, eitrig infiltriert an der Peripherie, sichtlich im Rückgang begriffen. Spirochätenbefund negativ.

30. April 1914. Unveränderter Zustand; die sklerotische Masse ist noch kleiner geworden.

2. Mai 1914. Wie oben.

4. Mai 1914. Die Kongestion der Gewebe ist zurückgegangen. Das Syphilom ist zu einem kleinen, in Abstoßung begriffenen, nekrotischen Fetzen geworden.

6. Mai 1914. An der Stelle des Syphiloms verbleibt eine kleine granulierende, in den darauffolgenden Tagen sich vernarbende Wunde.

An der Hand der bisher mitgeteilten Erfahrungen wollen wir nun trachten, den Wirkungsmechanismus der beiden Heilmittel zu erforschen.

Es seien hier vor allem die bei der ersten Versuchsreihe (mit Salvarsan behandelte Kaninchen!) erhobenen Befunde einer Betrachtung unterzogen.

Von seiten der Gewebe ist hier auch nicht die geringste Veränderung wahrnehmbar, die dazu geeignet wäre, für irgend welche während der Heilung sich abspielende organische Reaktionserscheinung zu sprechen. Von seiten der Sklerose bemerkt man anfänglich eine Immobilisierung der spezifischen Elemente (in den ersten 24 Stunden), hierauf ein rasches Verschwinden der Spirochäten selbst (in den darauffolgenden 24 Stunden), später eine infolge Resorption des Entzündungsinfiltrats eingetretene, bis zu dem nach 15—25 Tagen erfolgten völligen Schwund allmählich fortschreitende Rückbildung.

Ich glaube in diesem Heilungsprozeß weiter nichts zu erblicken, als eine Übertreibung dessen, was bei spontan erfolgender Heilung gewisser luetischer Herde vor sich geht. Ohne Zweifel war dort die Heilung infolge Lokalerschöpfung des spezifischen Virus bei gleichzeitiger, stufenweise sehr langsam fortschreitender Involution des Entzündungsinfiltrats eingetreten.

Digitized by Google

Und ebenso glaube ich in diesem Heilungsprozesse weiter nichts zu erblicken, als eine parasitotropische Wirkung des „606", welche — durch hinreichende Gewichtsmengen — Tötung der Keime und Heilung bewirkt, unabhängig von irgend welcher, in keiner Weise experimentell zu enthüllenden Einwirkung der Gewebe.

Die Art und Weise, wie sich dieser Heilungsprozeß abspielt, spricht somit entschieden zugunsten einer parasitotropischen Wirkung des Salvarsans.

Das Experiment gewährt uns keinen Einblick in den innersten Wirkungsmechanismus des Präparats, ob nämlich das 606 seine Wirkung als solches auf die Spirochäta ausübe, oder erst nachdem es im Organismus besondere Veränderungen erfahren, oder schließlich, nachdem es solche im Innersten der bakteriellen Zelle selbst durchgemacht: das Experiment gibt uns nur das Endresultat dieser Wirkung an.

Gehen wir zur Betrachtung der bei der zweiten Versuchsreihe (Behandlung mit Neosalvarsan) über. Es wird sofort ersichtlich, daß hier der Heilungsprozeß sich unter ganz anderen Erscheinungen abspielt, als bei der unter dem Einfluß des 606 erfolgenden Heilung des Syphiloms. So sehen wir: von seiten der Gewebe Reaktionserscheinungen (Kongestion und Ödem), die sich frühzeitig einstellen, immer deutlicher hervortreten und schließlich bis zur vollständigen Auflösung der entzündlichen Neubildung fortdauern; von seiten der Sklerose bemerkt man zuerst eine Immobilisierung und hierauf das Verschwinden (in den ersten 48 Stunden) der Spirochäten, im Anschluß daran Kongestionserscheinungen und Ödem, eitrigen Zerfall, schließlich Repression und Schwund der entzündlichen Neoplasie infolge Abstoßung und Resorption.

Der Heilungsprozeß geht in einem weit kürzeren Zeitraum vor sich, als der für das „606" erforderliche, er braucht nämlich dazu ungefähr 5—15 Tage.

Die Reaktionserscheinungen seitens der Gewebe, die Anzeichen von eitrigem Zerfall und Nekrose von seiten des Syphiloms, die rasche Reparation des Krankheitsherdes zeigen sich um so auffälliger, je größer die eingeführte Dose gewesen ist.

Nun, wie ist diese von jener des 606 so deutlich abweichende Wirkungsweise zu erklären?

Man gewinnt meiner Meinung nach den Eindruck, als ob in den beobachteten Erscheinungen eine zweifache Einwirkung des 914 zu erblicken wäre, und zwar eine auf das spezifische Element (parasitotrope Wirkung) und eine auf die Gewebe (organotrope Wirkung).

Für die erstere dürfte die Immobilisierung und das darauffolgende

Digitized by Google

rasche Verschwinden der Spirochäten innerhalb der ersten 24—48 Stunden nach der Einführung des Medikamentes sprechen. Ein Beweis für die letztere wäre durch die in den Geweben auftretenden Reaktionserscheinungen (Kongestion und Ödem) und die zuweilen außerordentliche Raschheit geliefert, womit Resolution und Reparation des Krankheitsherdes eintreten (bei Kaninchen XXVII erfolgte massenhafte Nekrose und Abstoßung der nekrotisierten Masse bereits am vierten Tage).

Aber auch durch eine weitere Erscheinung würde die Annahme einer solchen organotropen Wirkung gestützt werden. Wie wir bereits gesehen, wirkt das 914 schwächer als 606, auch wenn man den entsprechenden Arsenikgehalt berücksichtigt. Nun ist aber die Raschheit, womit bei Anwendung von äquivalenten Dosen (und höheren als die therapeutischen Minimaldosen) das experimentelle Syphilom zur Heilung gelangt, für das 914 eine weit größere als für 606. Dies erscheint leicht verständlich, sobald man bedenkt, daß neben der die Tötung der Keime bewirkenden parasitotropen Wirkung auch eine organotrope sich geltend macht, welche eine Überempfindlichkeit der Gewebe für alles Giftige und Irritierende zur Folge hat und hierbei eine stärkere Reaktion hervorruft. Oder aber es wird diese Wirkung auf die Gewebe ausgeübt, die dadurch unmittelbar gereizt werden und ein größeres Ausstoßungs- und Reparationsvermögen erlangen.

Schlußfolgerung. Die Beobachtung der Art und Weise, wie unter dem Einfluß des 606 bzw. des 914 die Heilung des experimentellen Syphiloms erfolgt, dürfte zugunsten einer zwischen 606 und 914 bestehenden Verschiedenheit der Einwirkung sprechen und hierbei für das erste der beiden Präparate eine nur elektive parasitotrope, für das zweite hingegen neben einer solchen auch noch eine organotrope bzw. stimulierende Einwirkung auf die Gewebe offenbaren.

Es wäre unpassend, wollte man jetzt nachforschen, inwieweit die von mir bei experimenteller Syphilis erzielten Resultate sich auch auf menschliche Syphilis anwenden lassen und Schlüsse daraus ziehen.

Ich kann aber trotzdem nicht umhin, darauf hinzuweisen, daß — so viel aus meinen Versuchen hervorgegangen ist — im Gegensatze zum Salvarsan das Neosalvarsan auch beim Menschen eine entzündliche Reaktion (dort, wo der Sitz der spezifischen Läsionen ist und in den umliegenden Bezirken) hervorrufen müßte, die bei Viszeralverletzungen wichtiger Organe schwere Erscheinungen zur Folge haben könnten.

Es ergibt sich hieraus, daß, abgesehen von seiner schwächeren Wirksamkeit, das Neosalvarsan auch wegen seiner organotropen Einwirkung gefährlicher wäre als Salvarsan.

Digitized by Google

Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation.

Von

J. SCHUMACHER, Berlin.

Die früher etwas umständliche Salvarsanapplikation wurde durch die Einführung der konzentrierten Neosalvarsaninjektion von RAVAUT, DUHOT, STERN, STRAUSS, FRÜHWALD u. a. bedeutend vereinfacht. Bei allen Methoden ist aber zur Injektion immer noch durch Abkochen zu sterilisierendes Wasser erforderlich. Um die Zeit abzukürzen, die nötig ist zur sicheren Sterilisierung des Wassers und zum nachherigen Abkühlen desselben, versuchte ich die Sterilisation auf chemischem Wege zu erreichen. Das Verfahren mußte vier Anforderungen gerecht werden:

1. durfte kein Gift zur Sterilisation Verwendung finden,
2. mußten die anzuwendenden Mengen minimal sein,
3. mußte die Sterilisation gesichert sein,
4. durften die anzuwendenden Mittel nicht mit dem Salvarsan chemisch reagieren.

Zu diesem Zwecke schien mir ein für die chemische Trinkwassersterilisation im Felde ausgearbeitetes Verfahren geeignet. Durch minimale Menge von Jodsäure, Sulfosalizylsäure, Jodkalium und Natriumthiosulfat erreicht man die sichere Sterilisation eines Liters Trinkwassers, das sich im Geschmack nachher von nicht vorbehandeltem Wasser durch nichts unterscheidet, wie schon damals gesagt, wider Erwarten [1]).

Zu dem beabsichtigten Zweck müssen zu 6 ccm gewöhnlichen Wassers in die Spritze zuerst 0,001 g Jodsäure und 0,005 g Sulfosalizylsäure gebracht werden. Alsdann werden 0,01 g Jodkalium hinzugefügt, wodurch das gesamte Jod in Freiheit gesetzt wird. Die entstehende Jodmenge ist mehr als hinreichend zur Sterilisation, wie meine bakteriologischen Untersuchungen bei der Trinkwassersterilisation ergaben. Das entstandene Jod wird darauf durch 0,0016 g Thiosulfat gebunden. Alsdann löst man das Salvarsan in dem so vorbehandelten Wasser auf.

Die chemischen Prozesse, die sich dabei abspielen, sind folgende. Jodsäure und Jodkalium liefern freies Jod. Die Sulfosalizylsäure macht aus dem Jodkalium Jodwasserstoffsäure frei, wodurch alsdann das ganze Jod in Reaktion tritt und sich quantitativ abscheidet. Durch eine entsprechende Menge mehr zugesetzten Jodkaliums wird das Jod in Lösung gehalten. Durch das Hinzufügen des Natriumthiosulfats wird das freie Jod wieder zu tetrathionsaurem Natrium und Jodnatrium gebunden.

[1]) Nähere Einzelheiten betreffs der chemischen Vorgänge und der Sterilisation sind in der diesbezüglichen Arbeit zu finden.

Digitized by Google

Weder das tetrathionsaure Natrium noch das Natriumjodid vermögen mit dem Salvarsan zu reagieren, dazu in diesen Verdünnungen überhaupt nicht. Dagegen reagiert freies Jod chemisch mit Salvarsan unter Jodierung des letzteren.. Diese Präparate sind nach den Untersuchungen von Ehrlich[1]) und Hata etwas toxischer als gewöhnliches Salvarsan, was nach bekannten pharmako-dynamischen Gesetzen (Einführung von Halogen in den Benzolkern) auch nicht anders zu erwarten ist. Aber diese Reaktion tritt gar nicht ein, da ja das Jod durch Thiosulfat chemisch gebunden wird. Ferner ist die eintretende Jodierung des Salvarsans so gering, falls versehentlich das Hinzufügen des Thiosulfats vergessen würde, daß durch dieses Versehen Schlimmes für den Patienten nicht zu befürchten ist. Außerdem ist ein diesbezügliches Versehen wohl ausgeschlossen, da der Betreffende beim Hinzufügen des Salvarsans sofort bemerken muß, daß das Wasser noch braun gefärbt ist.

Um die Technik der Injektion so einfach als möglich zu gestalten, hat Herr Apotheker Friedländer es übernommen, eine eigene Packung abzugeben, die das Salvarsan nebst den erforderlichen Chemikalien enthält. Die Packung enthält in der Mitte die Salvarsanampulle. Links davon eine braune Ampulle, der Einfachheit halber gleich die entsprechende Menge Jodsäure, Sulfosalizylsäure und Jodkalium in einer Ampulle, rechts von der Salvarsanampulle eine weiße Ampulle mit der entsprechenden Menge Natriumthiosulfat.

Technik. In die aus dem Alkohol genommene Spritze bringt man ca. 6 ccm reines Leitungswasser, nachdem man vorher die Spritze mit einem kleinen Hahn verschlossen hat. Darauf gießt man den Inhalt der braunen Ampulle hinzu und schüttelt etwas, bis die Flüssigkeit gleichmäßig braun gefärbt ist. Nach Ablauf von einer Minute bringt man den Inhalt der weißen Ampulle hinzu, wodurch das Wasser wieder farblos wird, und löst alsdann das Neosalvarsan auf.

Bedient man sich bei der Injektion von Salvarsannatrium der Methode unter Verwendung von $^1/_{10}$ Normalsalzsäure, so verfährt man wie bei dem Neosalvarsan, gießt aber die Salzsäure erst am Schluß hinzu.

Bei meinem geringen Material überlasse ich die klinische Prüfung einer größeren Klinik. Chemisch haben die angewandten Milligramme der Chemikalien keinen Einfluß auf das Salvarsan, und so muß sich die Methode zur raschen Salvarsaninjektion eignen. Eine so hergestellte Neosalvarsanlösung unterscheidet sich weder makrochemisch noch histochemisch in ihrem Verhalten von einer einfachen Auflösung von Neosalvarsan in Wasser.

---

[1]) Die Chemotherapie der Spirillosen.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Die Abwehrkräfte des Organismus, von H. Kämmerer. (Aus Natur u. Geisteswelt, 479, B. G. Teubner, Leipzig-Berlin 1915.) Das kleine Büchlein entspricht einem vielseitigen Bedürfnisse. Jeder einigermaßen gebildete Laie dürfte imstande sein, sich aus ihm eine orientierende Übersicht über die wichtigsten Fragen der modernen Immunitätslehre zu verschaffen. Einige Kapitel sind in ihrer Kürze und Anschaulichkeit für viele Kreise, z. B. Juristen, eine wesentliche Beihilfe für das Verständnis der modernen Medizin überhaupt. Aber auch Ärzte, die keine Gelegenheit hatten, sich von Anfang an mit den verschiedenen Ergebnissen dieses gerade in der jetzigen Zeit so wichtigen Zweiges ihres Berufes vertraut zu machen, werden dem Verfasser dankbar sein für die zum Teil meisterhafte Art der Einführung in die wichtigsten Kapitel der Serologie und Immunitätsforschung. Dem Büchlein ist die weiteste Verbreitung in den beteiligten Kreisen zu wünschen. S. Levy-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Angioneurosen.

Über einen Fall von multipeln Hämorrhagien nach Kalomelinjektionen, von P. de Fafento-Triest. (M. m. W., 1914, Nr. 15.) Zu dem von Morpurgo (M. m. W., Nr. 12) beschriebenen Fall teilt Verfasser folgendes noch mit: Patient kam etwa vier Monate nach Beendigung seiner ersten Kur wiederum in Behandlung mit einem papulösen Exanthem und einem stark positiven Wassermann. Er hatte tags zuvor eine Kalomelinjektion erhalten, und in der Klinik entwickelte sich bei exspektativer Behandlung am folgenden Tage wieder ein scharlachartiges Exanthem, das aber in einigen Tagen verging. In der Folge erhielt er dann intravenöse Neosalvarsaninjektionen zu 0,2, 0,4 und zweimal 0,6 ohne irgend welche Intoxikationserscheinungen. Demnach wäre anzunehmen, daß die von Morpurgo beobachteten Netzhauthämorrhagien dem Kalomel und nicht dem Neosalvarsan zur Last zu legen waren.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die experimentelle Erzeugung von Purpura bei Tieren durch die Einführung von Antiblutplättchenserum, von J. C. G. Ledingham-London. (Lanc., 13. Juni 1914.) Verfasser hat in folgender Weise experimentiert: das Blut von 20—30 Meerschweinchen (160—250 ccm) wurde mit dem doppelten bis dreifachen Quantum einer physiologischen Kochsalzlösung, welche 1% Natron citricum enthielt, versetzt und durch längeres Zentrifugieren von den weißen Blutplättchen befreit. Diese wurden als Aufschwemmung mit Kochsalzlösung Kaninchen intravenös injiziert. Es wurden mit Zwischenräumen von je 6—8 Tagen jedem Tier 7—8 Injektionen verabreicht. Bei der Übertragung des Serums der so behandelten Kaninchen auf Meerschweinchen wurden Erscheinungen hervorgerufen, welche mit der menschlichen Purpura große Ähnlichkeit hatten, namentlich war dies bei den subkutanen Einspritzungen der Fall, während die intravenöse und intraperitoneale Einverleibung des Serums unter ausgesprochenen Veränderungen des Blutes und ausgiebigen Blutungen sogar noch schneller tödlich wirkte.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Skorbut der Kinder. (Möller-Barlowsche Krankheit), von Eugen Fraenkel-Hamburg. (Hamb. m. Überseeh., 1914,

Digitized by Google

Nr. 12.) Nach Fraenkel sollte man bei keinem Kinde, das in dem für diese Krankheit disponierten Alter (Säuglingsalter) steht und durch eine extreme Blässe auffällt, unterlassen, an die Möglichkeit des Bestehens dieser Krankheit zu denken. Die Blutuntersuchung ergibt eine Herabsetzung des Hämoglobingehalts und Veränderung der morphologischen Zusammensetzung, d. h. Poikilozytose und in der Menge wechselnde Normo- und Megaloblasten. Ein weiteres, sehr wichtiges Symptom sind Blutungen in der Haut und in sichtbaren Schleimhäuten. Aber abgesehen von der wohl nie fehlenden Blässe, kann blutige Beschaffenheit der Dejektionen, besonders blutiger Harn, das einzige Symptom dieser Krankheit sein. Die durch subperiostale Blutungen bedingten Anschwellungen an den Extremitäten, besonders an den unteren, sind im allgemeinen auf die schwereren Fälle beschränkt. Die Berührung dieser Knochen ist außerordentlich schmerzhaft. Auch an den platten Knochen kann es zu subperiostalen Blutungen kommen, und bei am Orbitaldach lokalisierten Blutungen führt es zu dem gut wahrnehmbaren Symptom des plötzlichen Exophthalmos. Trotz Fortbestehens der Krankheit kann dieses Symptom vollkommen zurückgehen. Für die klinische Erkenntnis dieser Krankheit im Frühstadium ist die Röntgenuntersuchung unentbehrlich. Schon vor zehn Jahren hat Fraenkel auf Grund anatomisch-röntgenologischer Studien Veränderungen am Skelett, speziell den Röhrenknochen, festgestellt. Es handelt sich dabei um einen verschieden breiten, zackigen Schatten, der seine Entstehung den sich in den Knochen abspielenden anatomischen Veränderungen verdankt. Es handelt sich dabei um eine an der Knochenknorpelgrenze lokalisierte Knochenmarkaffektion. Sie besteht in einer Umwandlung des zellreichen, lymphoiden Marks in ein als Stützmark bezeichnetes Gewebe. Hand in Hand damit geht eine mangelhafte Anbildung neuen Knochengewebes vor sich, die besonders die der Epiphyse benachbarten jüngsten Knochenbälkchen betrifft.

E. Brinitzer-Altona.

Traumatische Entzündungen.

Ein ungewöhnlicher Fall von Bromoderma des Beines, von Ludwig Weiss-New York. (J. Am. m. Assoc., 1914, Bd. 63, Nr. 8.) Patientin, 24 Jahr alt, litt im Anschluß an Scharlach seit ihrem achten Jahre an Krämpfen und bekam seit dieser Zeit Brompräparate; ein Jahr später trat eine Gesichtsakne auf, und etwas später bekam sie am rechten Unterschenkel eine schmerzhafte, papulo-vesikulöse Eruption, die sich besonders dadurch auszeichnete, daß sie sich im Herbst und Winter verschlimmerte, im Frühling dagegen nachließ, obgleich sie im Sommer mehr Brom gebrauchte als im Winter. Weiss sah die Patientin zum ersten Male vor drei Jahren; sie hatte damals auf dem linken Unterschenkel papulo-pustulöse Effloreszenzen, die an der Basis infiltriert und mit Krusten bedeckt waren. Auf dem linken Oberschenkel befand sich ein halbdollargroßes, schmerzhaftes Geschwür, das bei der leisesten Berührung blutete. Die interessanteste Affektion befand sich am rechten Unterschenkel. Hier zeigte sich eine entzündete Oberfläche vom oberen Drittel des Schenkels bis zu beiden Knöcheln, die mit einigen teilweise geheilten Ulzerationen bedeckt war. Der Teil, welcher jetzt eine glatte, atrophische Oberfläche mit dünnen, zigarettenpapierähnlichen Schuppen zeigt, hatte damals eine nässende, bösartig aussehende Oberfläche, die bedeckt war mit unzähligen Papeln und Pusteln, die das Hautniveau beträchtlich überragten. Der Rand dieser papillomatösen Läsionen hatte ein honigscheibenartiges, siebförmiges Aussehen, und man konnte aus demselben eine seifenähnliche, übelriechende Flüssigkeit ausdrücken; ein sehr seltenes Vorkommnis waren venöse Kapillarblutungen dieser Ulzerationen. Was die Differentialdiagnose mit Syphilis anbetrifft, so entwickeln sich die Brompusteln

Digitized by Google

akuter als ein pustulöses Syphilid. Die Prädilektionsstellen der Bromeruptionen sind Kopf, Gesicht und Extremitäten, während sich die Syphilide unregelmäßig über den ganzen Körper verbreiten können, dabei aber eine Tendenz zu Symmetrie haben. Die Bromakne dringt tiefer in die Kutis ein und fühlt sich härter an als die syphilitischen Produkte. Bei der Akne cachecticorum fehlen die Entzündungserscheinungen; bei Akne vulgaris ist meist auch die behaarte Kopfhaut und andere behaarte Teile befallen, auch besteht meist Seborrhoe und sind Komedonen vorhanden. Endlich entwickelt sich die Bromeruption gern auf Narbengewebe. Jodakne tritt mehr akut auf, auch sind die Schleimhäute befallen, auch neigt sie zu einem bullösen Typus. Ein exulzeriertes Jododerma ist vom Bromderma schwer zu unterscheiden; das erstere befällt meist die unteren Extremitäten und ist begleitet von heftigen, oft erysipelatösen Entzündungserscheinungen, tiefer Nekrose und Störung des Allgemeinbefindens; ferner zeigt es keine honigscheibenartigen, Smegma produzierenden, wallartigen Ränder wie das Bromoderma. Die Untersuchung des Urins und die Anamnese werden zur richtigen Diagnose beitragen. Zur Unterscheidung von Syphilis muß die Wassermannsche Reaktion beitragen, auch provocierende Salvarsaninjektionen sind anzuwenden. Die Therapie besteht vor allem im Aussetzen des Broms; ferner werden Salzkompressen, innere Medikation von Kochsalz, auch Salzbäder angewendet. Salbenbehandlung verschlimmert den Zustand. W. empfiehlt Umschläge mit 4%iger Borsäurelösung.

Konklusionen: 1. Medizinalexantheme können irgend eine Hautkrankheit vortäuschen. 2. Eine plötzlich, ohne Prodromalerscheinungen auftretende Hauteruption ist fast sicher als Medizinalexanthem anzusprechen. 3. Die Heftigkeit der Entwicklung, sowie das Übergewicht der lokalen über die allgemeinen Störungen ist charakteristisch für Medizinalexanthem. 4. Die Kürze des akuten Stadiums und die Schnelligkeit des Abklingens der Erscheinungen sind wertvoll für die Diagnose. 5. Die vier Stadien der akuten kontagiösen Exantheme: das Prodromal-Eruptiv-Höhen- und Rückbildungs-Stadium fehlen bei Medizinalexanthemen, sowie die Desquamation. 6. Die Temperatur erreicht niemals die Höhepunkte der akuten Exantheme, und die Schleimhautaffektionen sind niemals so heftig. F. John-Leipzig.

Eine Bromeruption, die Blastomykosis oder Ekzem vortäuschte, von Henry Kennedy Gaskill-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 21. März 1914.) Nach Einnahme von Brommammonium erschienen bei einem Epileptiker auf beiden Handrücken Exantheme, die differentialdiagnostisch von Blastomykosis oder von Ekzem zu unterscheiden waren.

H. Fendt-Wiesbaden.

Ein Fall von Knotenjodismus, der ein Gumma des Augenlides vortäuschte, von Sydney Stephenson. (M. Press. a. Circ., Bd. 149, Nr. 5.) Patient konsultierte am 14. August den Dr. Walsh vom Kensington Hospital. Diagnose: Tertiäre Syphilis, großes serpiginöses Syphilid am linken Oberschenkel und pigmentierte Narben. Behandlung mit Quecksilber. Am 4. Dezember sah Stephenson den Patienten: die äußere Hälfte des linken Augenlids ist rot und geschwollen, aber nicht empfindlich, das umgebende Gewebe war infiltriert, das Ganze erinnerte an einen gummatösen Prozeß; eine ähnliche Stelle befand sich an der linken Backe, über der Oberlippe. Unter der linken Kinnbacke befand sich eine karbunkelähnliche Masse, die aus mehreren Fisteln Eiter entleerte. Das rechte Ohr zeigte eine schuppende, ekzemartige Eruption. Auf der Rückseite der behaarten Kopfhaut, über dem Os occipitale, war ein krustöses Geschwür. Eine Zahl von pigmentierten, glatten, oberflächlichen Narben, wahrscheinlich die Residuen von Hautgummen, zeigte sich auf dem rechten Knie, beiden Unterschenkeln, dem linken Oberschenkel, der linken Hinterbacke und dem rechten Vorderarm. Die infiltrierten Läsionen am Augenlid, an der Wange usw. machten vollkommen den Eindruck

Digitized by Google

von Gummata; wenn man aber die folgenden Bemerkungen des oben erwähnten Dr. W. las, so war es klar, daß es sich um die seltene Form des Jodismus handelte, der als Knotenjodismus bekannt ist. Dr. W. notierte nämlich folgendes: „Der Patient wurde mit Merkur und innerlich mit Jodkalium behandelt; am 16. November wurde aber die Jodbehandlung ausgesetzt, da sich auf dem Gesicht deutliche Jodpapeln gebildet hatten." Der Patient bestätigte, daß sich am linken unteren Augenlid seit ungefähr 14 Tagen eine kleine Anschwellung, eine Jodpapel gebildet hatte, und daß diese Geschwulst seit drei Tagen größer geworden sei. Die Behandlung bestand in Borwaschungen und Applikation von Merkuröl. Heilung am 15. Januar. F. John-Leipzig.

Dermatitis venenata als Folge von Runguswirkung, von J. F. Hornsby-Ranan. (Brit. m. J., 4. April 1914.) Rungus oder Ringus ist der einheimische Name eines im Norden vom britischen Borneo ziemlich verbreiteten Baumes. Verfasser hat einige 20 Fälle von ausgesprochener Dermatitis bei Kulis, die mit Waldarbeiten beschäftigt waren, gesehen. Nach einer Latenzzeit von etwa 24 Stunden entsteht unter intensivem Jucken ein papulöser Ausschlag, der nach weiteren 24 Stunden zu Bläschen- und Blasenbildung führt. Bei unkomplizierten Fällen heilt die Affektion meist in 5—7 Tagen ab. Durch Mazeration der Blätter in Spiritus erhielt H. eine Substanz, welche, auf die Haut aufgepinselt, einen leichten Grad von Dermatitis ähnlicher Art erzeugte. A. Philippi-Salzschlirf.

Vanille, ein Hautreiz, von W. Leggett-Montrose. (Brit. m. J., 20. Juni 1914.) Ein gesunder Mann, der durchaus keine Idiosynkrasie gegen Vanille sonst dargeboten hatte, setzte aus eigenem Antrieb ca. 15 g Vanilletinktur zu etwa 150 ccm von einem spirituösen Haarwasser. Nach 24 Stunden waren die ganze Kopfhaut und auch ein Teil des unbehaarten Kopfes stark geschwollen und von einem unerträglichen Juckreiz befallen. Da die Waschungen fortgesetzt wurden, verschlimmerte sich der Zustand immer weiter, und ein Kontrollversuch, den der Patient am Arme ausführte, hatte die gleiche Wirkung. Am zehnten Tage suchte Patient ärztliche Hilfe auf. Unter Umschlägen mit Quecksilberjodid (1 : 2000) heilte die Affektion in 3—4 Tagen ab.

A. Philippi-Salzschlirf.

Drei noch nicht beobachtete Gewerbekrankheiten der Haut, von M. Oppenheim-Wien. (Österr. Sanitätswesen, 1913, Nr. 38.)

1. Buchsbaumdermatitis bei einem Gärtner, hervorgerufen durch die Zurichtung der Blätter des heimischen Buchsbaumes. Die Dermatitis, welche klinisch den bekannten Toxikodermatididen pflanzlichen Ursprungs entsprach, wird wahrscheinlich durch das Buxin, ein in den Blättern des Buchsbaumes enthaltenes Alkaloid, verursacht.

2. Typische Nagelveränderungen bei Kapsel- und Patronenarbeiterinnen, bestehend in einer von der Mitte anfangenden Verdickung und Abschrägung der Nägel der vierten und fünften Finger — oft an beiden Händen — nach außen, derart, daß der freie Rand des Nagels aus einem medialen normalen und einem lateralen abgeschrägten, verdickten Rand gebildet wird. Entsteht durch rein mechanische und vielleicht auch chemische Alteration der Nägel beim Heraushebeln der Hülsen aus den Löchern von Blechplatten, mit welchen diese zur Reinigung in Säurelösungen getaucht werden.

3. Progrediente Ätznatronwirkung auf die Nägel eines Glasergehilfen. Zur Ernährungsstörung führende Wirkung des Ätznatrons auf die Fingerendglieder zwischen Nagelbett und Nagelfalz, die zu einer bis jetzt nicht erklärlichen langsamen, von der Fingerkuppe zur Lunula fortschreitenden Resorption der Nägel und fehlenden Entwicklung neuer Nagelsubstanz geführt hat. O. Gans-Hamburg.

Digitized by Google

Gewerbliche Hautkrankheiten, von M. Oppenheim und O. Neugebauer-Wien. (Österr. Ärzte-Ztg., 1913, 10. Jg., Nr. 20—24.) Die Einteilung der Hautveränderungen geschieht in eine Anzahl bestimmter Gruppen. Die erste, die beruflichen Stigmata, bestehen in Färbungen, Verhornungen, Nagelveränderungen, Auflagerungen gewisser Substanzen, Rhagaden, Exkoriationen und Pigmentierungen; die letzteren in Bindegewebsneubildungen, Schleimbeutelveränderungen, gewissen Einsprengungen unter die Haut und Narbenbildungen. Hiernach kommen Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen. Ihnen schließen sich die Erkrankungen der Talg- und Schweißdrüsen an. Bei den beruflichen Toxikodermien werden die verschiedensten Grade der Dermatitis acuta toxica beobachtet, und man kann als Ursache teils chemische Produkte, teils Pflanzen und ihre Derivate, teils Tiere und ihre Produkte verantwortlich machen. Ein weiterer Abschnitt ist dem Gewerbeekzem, der Dermatitis arteficialis gewidmet. Ihm folgt der Abschnitt der gewerblichen Nagelerkrankungen. Die beruflichen Infektionskrankheiten betreffen die Lues, die Tuberkulose, Pocken, Skabies, Milzbrand, Rotz, Maul- und Klauenseuche, Panaritium der Melkerinnen, Trichophytie, Erysipeloid, Schweinerotlauf, Aktinomykose, Mycetoma pedis, Mal de canne de Provence usw. Der letzte Abschnitt enthält die Prophylaxe und Therapie. H. Vörner-Leipzig.

Beitrag zur Versorgung wunder Füße, von Dreist-Mainz. (M. Kl., 1914, Nr. 5.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, als Stabsarzt in den Manövern 1912 und 1913 die Entdeckung zu machen, daß das gewöhnlich zum Verbinden wundgelaufener Füße benutzte Zinkkautschukheftpflaster sehr bald hart wurde, oder, sich zusammenballend, als reizender Fremdkörper wirkte. Er fand ein vorzügliches Mittel in dem Bestreichen der wunden Füße mit Mastisol und Bedecken derselben mit Barchentfußlappen. Das Anlegen der Verbände erforderte wenige Minuten. Die Patienten konnten bald weiter mitmarschieren. O. Lasch-Breslau.

Behandlung des eingewachsenen Nagels, von O. Loewe-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1914, Nr. 21.) Verfasser exzidiert nach Extraktion des Nagels den Nagelfalz tief bis auf den Knochen hinunter, mobilisiert nach Anlegung von Entspannungsschnitten durch die Haut den lateralen und etwas weniger ausgiebig den medialen Wundrand und bringt dieselben aneinander. Die Schnittführung ist aus den beigegebenen Zeichnungen ersichtlich. Bei dieser Methode der primären Deckung der Wunde ist der Patient dann gewöhnlich in 6—8 Tagen entlassungsfähig. A. Philippi-Salzschlirf.

Beiträge zur Klinik der Erfrierung, von Csillag-Budapest. (W. kl. W., 1914, Nr. 37.) Bericht über einige Fälle von abnormer Lokalisation von Erfrierungen. So am Unterschenkel von Frauen und zwar unmittelbar an der Grenze des Stiefelettenrandes, weiterhin in besonderer Intensität an der linken Hand von Handwerkern und schließlich an Bauchhaut nach Applikation von Eisbeuteln. H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung der Frostbeulen, von Schwering-Billerbeck. (M. Kl., 1914, Nr. 47.) Schwering glaubt für die Behandlung von Pernionen folgendes Verfahren empfehlen und den Erfolg garantieren zu können: Überpinselung der erkrankten Hautstelle, sobald dieselbe sorgfältig getrocknet worden ist, ohne weitere Vorbereitung reichlich mit Jodtinktur und nach deren Eintrocknung ausgiebig mit reinem Ichthyol; darüber so viel Watte, als haften bleibt; Strumpf resp. Handschuh schützen den Verband genügend, der 3—8 Tage liegen bleiben kann und dann erneuert wird.
O. Lasch-Breslau.

Über die Behandlung schwerer Erfrierungen, von Victor Pranter-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 10.) Der Artikel wendet sich gegen die Vornahme primärer Operationen und ist für eine Lokalbehandlung mit physikalischen Methoden (Bäder, Luftduschen usw.), unterstützt durch Kalium permanganicum-Bäder, Anwendung von

Digitized by Google

Verdauungsgemischen (Pepsin-Salzsäure), welchen schließlich eine solche mit Silbersalzen folgt. H. Vörner-Leipzig.

Bemerkungen über Erfrierung, von Riehl-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 11.) Erweiterte Diskussionsbemerkungen zu Pranters Demonstration in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte vom 5. Februar 1915, welche sich hauptsächlich mit den Beziehungen zwischen Erfrierung und Verbrennung beschäftigen. Weiter werden die Entstehung, der Sitz, die Prognose und die Therapie, wobei namentlich auch auf die schwereren Fälle hingewiesen wird, einer eingehenden Würdigung unterzogen.
H. Vörner-Leipzig.

Zur Behandlung der Erfrierungen, von A. Witte k. (M. m. W., 1915, Nr. 12.) Bei einem größeren Material von Erfrierungen der Füße (424 Fälle) und auch von solchen an den Händen usw. hat W. die von Noesske empfohlene Methode der tiefen Inzisionen bis auf den Knochen der Endphalangen geübt. Nebenbei wurden auch sonst im Bereich der Erfrierung tiefe Inzisionen durch die affizierten Weichteile geführt. Da das Gewebe ganz anästhetisch ist, hat man irgend welche Narkose nicht nötig. Als erster Verband dienen dann Kollargolumschläge; vom dritten Tag etwa an verwendet man indifferente Salben. Das Verfahren hat sich sehr bewährt.
A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Behandlung der Erfrierungen von Fingern und Zehen, von Ed. Bundschuh-Freiburg i. B. (M. m. W., 1915, Nr. 12.) Verfasser rät, die Noesske-schen Inzisionen an den Finger- und Zehenkuppen bei Erfrierungen möglichst frühzeitig auszuführen und je nach Bedarf tief bis auf den Knochen oder auch etwas mehr oberflächlich einzugehen. Die Inzisionen werden sogleich mit Gaze, die mit sterilem Öl (eventuell Kampferöl) getränkt ist, ausgestopft, worauf dann die Saugglocke bei jedem affizierten Finger, resp. Zehe, auf 5—15 Minuten bis zur Erzeugung einer gelinden Blutung angelegt wird. Das Tamponieren und Ansaugen wird noch am selben Tage und dann noch einige weitere Tage wiederholt. A. Philippi-Salzschlirf.

Wasserdichte Fußbekleidung und Erfrierungen, von Glasewald. (D. m. W., 1915, Nr. 16.) Nach G. ist die Gefahr der örtlichen Erfrierung in völlig wasserdichter Fußbekleidung größer als in durchlässiger, sobald ein Wechseln der Stiefel beim Naßwerden der Füße unmöglich ist. E. Brinitzer-Altona.

Über die Verwendung von Pikrinsäure bei Verbrennungen und Erkrankungen der Haut, von H. L. Heusner-Gießen. (M. m. W., 1915, Nr. 12.) Die der Pikrinsäure bei der therapeutischen Verwendung anhaftenden Nachteile vermeidet H. durch Verarbeitung des Mittels mit der Beiersdorfschen Glykasine zu einer 2%igen Salbe, die auch als Pikrasine in Tuben gebrauchsfähig verkauft wird. Sofort nach der Verletzung auf die betreffende Stelle aufgestrichen, soll das Mittel die Blasenbildung verhüten oder wenigstens beschränken und die Schmerzen schnell beseitigen. Nach einer Applikationsdauer von 10—15 Minuten kann man den Überschuß von der Haut wieder abwischen. Auch auf die durch Verbrennung entstandenen Wundflächen, sowie bei Furunkulose, Ulcus cruris, nässenden Ekzemen usw. kann die Salbe angewandt werden.
A. Philippi-Salzschlirf.

Behandlung granulierender Flächen mit heißer Luft, mit besonderer Berücksichtigung der Verbrennungen, von Ugo Stoppato. (Policlinico, 15. September 1914.) Zur Heißluftbehandlung sind verschiedene Apparate (Sikkor usw.) konstruiert worden, mit denen Temperaturen von verschiedener Höhe erzielt werden können. Zur Wundbehandlung genügt aber nach den Erfahrungen des Verfassers der Fönapparat, der eine Temperatur von 90° erzeugen kann. Die Sitzungen werden täglich vorgenommen und dauern 10—15 Minuten; längere sind nur in besonderen Fällen nötig. Der

Digitized by Google

Apparat wird in der geringsten erträglichen Distanz gehalten, die ungefähr 20—25 cm beträgt. Das junge Epithel am Rande muß vor der heißen Luft geschützt werden. Verfasser hat auf diese Weise Wunden aller Art, besonders aber Brandwunden, behandelt. Die Wunden reinigen sich, granulieren gut und überhäuten sich rasch.

R. Frühwald-Leipzig.

Allgemeines Exanthem nach lokaler Radiumbestrahlung, von Heineke-Leipzig. (Strahlenther., 1914, Bd. 5, H. 1.) Während das Auftreten allgemeiner Hautausschläge nach Röntgenbestrahlungen schon häufiger beobachtet und beschrieben wurde, so ist darüber nach lokalen Radiumbestrahlungen noch wenig bekannt. Verfasser beschreibt die Leidensgeschichte eines Kollegen, der zwecks biologischer Eichung eines Präparates von 20 mg Radiumbromid die das Salz einschließende Ebonitkapsel auf die Streckseite beider Vorderarme je 10 Minuten ohne Filter aus 1 cm Entfernung hatte einwirken lassen. Am Tage nach der Bestrahlung war die Stelle etwas gerötet und empfindlich, nach 14 Tagen entwickelte sich eine oberflächliche Hautnekrose. Kurz danach, also etwa 15 Tage nach der Bestrahlung trat plötzlich ein allgemeines Exanthem auf. Unter starkem Juckreiz wurden zunächst beide Vorderarme und Handrücken ergriffen, alsdann die Innenseite der Oberschenkel, Stirn, Ohren- und Nackengegend. Es traten quaddelartige Eruptionen auf, innerhalb deren gruppenweise gestellte Bläschen aufschossen. Ein Teil der von der Dermatitis befallenen Stellen heilte unter Puder- und Salbenbehandlung bald ab, als sehr hartnäckig jedoch erwiesen sich die Eruptionen an den Armen und Beinen, wo im Laufe der Wochen und Monate immer wieder neue Nachschübe mit hochgradigem, quälendem Juckreiz auftraten, die zurzeit noch nicht ganz geheilt sind. Die kleinen Hautnekrosen an der Stelle der Bestrahlung waren dagegen nach 10 Tagen vollkommen überhäutet. H. Rausch-Darmstadt.

Röntgenstrahlenkeratosen der Hand bei einem Röntgenologen und deren Heilung durch Radium, von S. Tonsey-New York. (J. Am. m. Assoc., 24. April 1915.) Verfasser veröffentlicht hier seine eigene Krankengeschichte. Als Folge von anhaltender Beschäftigung mit Rötgenstrahlen hatten sich an seinen Händen zahlreiche Wucherungen entwickelt, bei denen zwei Formen zu unterscheiden waren. Einige Tumoren präsensierten sich als erhabene, fast gestielte, gesund aussehende, fleischige Knollen mit einer schwarzpigmentierten Spitze. Die anderen, einige 30 an der Zahl, stellten sich als äußerst harte, schwarze Knoten dar, die nur wenig über die Haut hervorragten. Manche der kleineren Knötchen der letzteren Art zeigten gelegentliche spontane Explikation und narbige Verheilung; bei anderen entwickelte sich vielfach eine lang anhaltende Ulzeration. Im Jahre 1904 wurde eins der größeren Gewächse exzidiert und als nicht malign diagnostiziert. Im November 1914 fing T. an, die Tumoren einzeln mit Radium zu behandeln. Nach Abtragung der verhornten Masse wurde ein Glasrohr mit 20 mg Radium während 30 Minuten dicht an dem Tumor befestigt gehalten. Nach einer längeren Latenzperiode machte sich eine Reaktion bemerkbar, und im Laufe von etwa einem Monat verschwanden alle so behandelten Tumoren unter Hinterlassung einer gesunden Hautfläche. A. Philippi-Salzschlirf.

Neurotische Entzündungen.

Herpes zoster und seine Ansteckungsfähigkeit, von H. Dörge-Ulsteinsvik. (Tidsskrift f. d. norske Laegeforeningen, 1914, Nr. 19.) Am 13. Juli besuchte eine 50jährige Frau eine gleichaltrige Freundin, die an Herpes zoster lumbalis sinister, der beinahe abgelaufen war, litt. Sie hielt sich da ungefähr drei Stunden auf, genoß Kaffee, Butterbrot u. a., kam aber nicht in direkte Berührung mit der Kranken. Am 15. Juli fing sie an zu kränkeln, wurde matt, schlaflos und bekam Schmerzen, besonders im

Digitized by Google

Unterleib. Dies dauerte die ganze Woche. Am 19. Juli merkte sie die ersten Bläschen, die am 23. Juli einen voll entwickelten Herpes zoster lumbalis sinister darboten.

W. Holland-Kristiania.

Zur Behandlung des Herpes zoster, von Althoff-Allendorn i. W. (M. m. W., 1914, Nr. 36.) Gute Resultate hat Verfasser erzielt durch innerliche Gaben von Urotropin mit Aspirin āā 0,5 mit heißem Tee ter die gegeben und einem zweimal täglich zu wechselnden Verbande mit R. Thymol, Acid. carbol. liquef. āā 1,0, Vaselin alb. ad 100,0.

A. Philippi-Salzschlirf.

Herpes genitalis, von P. Rostaine-Paris. (M. Press. a. Circ., 22. April 1914.) Bringt nichts Neues.

H. Fendt-Wiesbaden.

Dermatolysis, Bericht über zwei Fälle, von W. W. Cadburg-Canton. (J. Am. m. Assoc., 12. Dezember 1914.) Verfasser berichtet unter Beifügung von Photogrammen über zwei Chinesen, bei denen diese Anomalie in sehr ausgeprägter Form vorhanden war. Der eine, ein 33jähriger Landwirt, gab an, daß die nunmehr von der Kopfschwarte in der Höhe der Augen bis auf die Schulter herab reichende Hautfalte bei der Geburt schon in der Ausdehnung von etwa 5 cm bestanden habe. Patient war auch mit reichlicher Fibromatosis behaftet. Bei dem anderen (20jährigen) Manne soll die Anomalie sich vor fünf Jahren entwickelt haben an der Stelle eines zehn Jahre zuvor bestandenen Abszesses; in diesem Fall ist die Haut am Hinterkopf in einer Ausdehnung von 10 cm in rundlicher Form abgelöst. Jeglicher Eingriff wurde verweigert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Erythema chronicum migrans, von W. Kerl. (W. kl. Rdsch., 1914, Nr. 28.) Das Leiden trat bei dem Kinde an der Brustwarze auf. Es zieht sich ein $^1/_2$ cm breiter schwach-roter Streifen von der Mamilla über den Thorax zur Achselhöhle und auf den Rücken.

R. Frühwald-Leipzig.

Über die Ätiologie und die Bedeutung des Erythema multiforme, von J. Civalleri-Faenza. (Gaz. degli osped. e delle Clin., 1914, Nr. 27.) Aus den vom Verfasser untersuchten Fällen geht hervor, daß eine Beziehung zwischen Erythema multiforme und Tuberkulose besteht. Für eine solche Beziehung spricht auch, meint er, die Tatsache, daß man durch die Intradermo-Tuberkulinreaktion einen erythematösen Knoten erzeugen kann, der im wesentlichen identisch mit dem typischen ist. Am häufigsten fand Verfasser in seinen Fällen tuberkulöse Erkrankungen der Atmungsorgane; in einem Fall lag eine Knochenhauttuberkulose, in einem anderen eine solche der Hals- und Bauchlymphdrüsen vor. Verfasser machte die Beobachtung, daß sich das Erythema multiforme in keinem Fall von ausgedehnter, vorgeschrittener Tuberkulose fand.

K. Rühl-Turin.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten bei den im Felde stehenden Truppen, von Zieler. (D. m. W., 1915, Nr. 1.) Z. kommt, im Gegensatz zu Neisser, zu dem Schluß, daß die im Felde stehenden Geschlechtskranken mit akuten und ansteckenden Erscheinungen möglichst schnell der Etappe überwiesen und von hier zweckmäßig in große Spezialabteilungen abgeschoben werden sollen. Eine sachgemäße ambulante Behandlung bei der Truppe ist selbst für die Syphilis undurchführbar und daher zu widerraten.

E. Brinitzer-Altona.

Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten, von A. Neisser. (D. m. W., 1915, Nr. 3.) Gegen die Nachfrage der Männer muß angekämpft werden durch sehr energische Warnungen und Mahnungen an die Mannschaften, enthaltsam zu sein und

Digitized by Google

namentlich durch die Aufklärung über die große Gefahr, die jeder Verkehr mit jeder Prostituierten mit sich bringt. Besonders muß der Ansicht entgegengetreten werden, daß die Enthaltsamkeit, selbst wenn sie schwer zu ertragen sei, schaden könnte. Es muß für eine möglichste Sanierung der Prostitution gesorgt werden, soweit es nicht gelingt, alle Prostituierten, deren man habhaft werden kann, durch Einsperren unschädlich zu machen. Diese Ausschaltungsmethode ist die wirksamste, da sich eine Sanierung mit Bezug auf die verbreitetste der Geschlechtskrankheiten, die Blennorrhoe, doch nicht erreichen läßt, und weil bei der ungeheuerlichen Besuchsziffer der einzelnen Frauenspersonen selbst eine tägliche ärztliche Untersuchung nicht zum Ziele führen würde — ganz abgesehen von der Unmöglichkeit, eine wirklich gute Untersuchung der Prostitution durchzuführen. Die Infektiosität der Puellae in bezug auf Syphilis könne man gewaltig herabdrücken, wenn man jede einzelne (mit Verzicht auf eine spezielle Diagnose) einer energischen Salvarsan-, eventuell in Kombination mit einer Hg-Kur unterwirft. Sollte sich wirklich eine noch nicht Syphilitische darunter befinden, so würde ihr die Behandlung sicher nicht schaden. Wenn man diese strengen Maßregeln nicht will, so muß man wenigstens nach dem Lessersschen Vorschlage den Truppen Prophylaktika und zwar Kondoms zur Verfügung stellen. Neisser hält nach wie vor, trotz der Einwände Zielers, daran fest, daß sich in der Mehrzahl der Syphilisfälle und in einer gewissen Zahl der Blennorrhoefälle eine ambulante Behandlung im Felde durchführen lasse. Es müßte allerdings mehr als bisher die im deutschen Heere vorhandene sehr erhebliche Zahl gut ausgebildeter Spezialärzte, die jetzt an inneren und chirurgischen Lazaretten Verwendung finden, für diese spezielle Aufgabe: Bekämpfung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten, ausgenutzt werden. E. Brinitzer-Altona.

Mundschleimhautentzündungen, von Williger. (Ther. d. Gegenw., 1914, Nr. 12.) W. weist auf die Wichtigkeit peinlicher, mechanischer Reinigung der Mundhöhle zur Verhütung der Stomatitis simplex sive catarrhalis, durch den mit Watte armierten Finger oder die Pinzette, hin. Als Desinfiziens kommt außer alkalischen Lösungen besonders Wasserstoffsuperoxyd in Betracht, dessen Konzentration jedoch nicht zu stark sein darf (ein Teelöffel Hydrogenium peroxydatum auf ein Glas warmen Wassers). Auch Kautabletten und Mundpastillen tun gute Dienste und verhindern speziell durch Anregung der Kautätigkeit die Entwicklung von Parotitis. Wertlos sind Kaliumchlorikumpräparate und Kamillentee. Die gleichen Vorschriften gelten für die Stomatitis ulcerosa und mercurialis, sowie die Vincentsche Angina, nur hat man in diesen Fällen die geschwürigen Stellen mit reinem Wasserstoffsuperoxyd zu reinigen und durch Nachspülen mit Wasser den gebildeten Schaum zu entfernen. Selbstverständlich ist Zahnstein zu entfernen. Wo die Erkrankung auf Spirochäteninfektion beruht, tut Salvarsan intravenös und lokal (in 10%iger Lösung) gute Dienste. Bei Stomatitis aphthosa sind alle scharf wirkenden Medikamente, selbst H_2O_2, kontraindiziert, hier sind Boraxlösungen am Platze, bei besonderer Schmerzhaftigkeit Anästhesintabletten. S. Levy-Hamburg.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Bemerkungen zu dem Aufsatz in Nr. 40 von A. Blaschko, von Buschke. (D. m. W., 1914, Nr. 43.) B. wendet sich gegen eine Bemerkung Blaschkos, daß man in nicht wenigen Städten die Geschlechtskranken aus den Krankenhäusern exmittiert habe, um Platz für die Verwundeten zu schaffen. Einmal wären, soweit Berlin in Frage kommt, die Abteilungen von selbst durch den Heereseintritt leer geworden, und dann wären diese von selbst freigewordenen Betten der Militärbehörde zur Benutzung für Geschlechtskranke zur Verfügung gestellt worden. Buschke ist gegen die von Neisser angeregte ambulatorische Behandlung der Geschlechtskranken im Felde, im eigenen Interesse der Kranken, im Interesse ihrer Kameraden und im Interesse der Zivilbevölkerung. Die speziali-

Digitized by Google

stisch geleiteten dermatologischen Abteilungen könnten nicht nur bei den Geschlechtskrankheiten, sondern auch bei den vielen Hauterkrankungen der Soldaten von großem Nutzen sein. Bei der Einschleppungsmöglichkeit seltener Hautkrankheiten wie Lepra, Favus, Rotz, Frambösie, Sporotrichose durch die zahlreichen Gefangenen verschiedenster Herkunft wäre eine konsultatorische Überwachung seitens dermatologischer Spezialisten zu empfehlen. E. Brinitzer-Altona.

Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Krieg und Frieden, von Touton-Wiesbaden. (B. kl. W., 1915, Nr. 1—4.) Ein historischer Überblick im besonderen über das Dirnenwesen im Kriege vom Altertum bis zur Neuzeit. Geschlechtstrieb und Geschlechtsleben im Kriege, Einfluß auf den Soldaten und die zurückgebliebene Bevölkerung. Die Verbreitung der venerischen Erkrankungen in unserem Heer und in der Marine im Krieg und Frieden. — Prophylaxe und Therapie.
H. Vörner-Leipzig.

Krieg und Geschlechtskrankheiten, von Klausner-Prag. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 9.) Starke Zunahme als Folge der zahlreichen Einberufungen im August des vorigen Jahres. Einer großen Zahl von sekundärer Lues bei den eingelieferten Prostituierten entsprach die Zunahme von Primäraffekten bei der männlichen Zivilbevölkerung. Nach dem Abzug der Truppen zeigte sich auch eine Abnahme der männlichen Individuen. Mit der Errichtung großer Rekrutendepots ging auch ein erneutes Anwachsen der geschlechtskranken Personen einher. Gleichzeitig häufte sich die Infektion der Ehefrauen durch ihre aus dem Felde heimkehrenden Männer. Hierbei tritt die Krätze als typische Begleiterkrankung der Geschlechtskrankheiten hervor. Zum Schluß Prohibitivvorschläge.
H. Vörner-Leipzig.

Verschiedenes.

In der Londoner Dermatologischen Gesellschaft berichtete vor kurzem Major E. G. French vom militärärztlichen Corps über die in England und Frankreich hergestellten **Salvarsan-Ersatzmittel.** Er kommt zum Schlusse, daß diese, obwohl sie als chemisch identisch mit dem deutschen Präparate erklärt werden, dennoch giftiger seien. Unter 136 Injektionen von Kharsivan gaben 60% keine Reaktion, 27 leichte Reaktion (Kopfschmerz, Fieber, Erbrechen usw.), 13 schwerere Reaktionen. Bei 25 Neokharsivaninjektionen konstatierte er in 40% leichte und in 28% schwerere Reaktionen, ebenso unter 42 Novarsenobenzoleinspritzungen in 19% leichte und in 5% schwerere Reaktionen. Da er immerhin keine ganz schweren Zufälle beoabachtet hat, glaubt er die neuen Mittel für die Syphilistherapie empfehlen zu dürfen.

Assistenzarzt d. R. Dr. Gans — Schüler von Unna und Jacobi — wurde mit der Errichtung und Leitung des (3.) badischen Lazaretts für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bruchsal beauftragt. (Die beiden anderen Lazarette stehen unter Leitung der fachärztlichen Beiräte für Dermatologie beim XIV. A.-K. Prof. Bettmann-Heidelberg und Dr. Taege-Freiburg.)

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

2. Oktober 1915 | Nr. 40 | Band 61

Aus der Universitätshautklinik zu Straßburg i. E. (Direktor: Prof. Dr. Wolff).

Über Argulan, ein neues organisches Quecksilberpräparat.

Von

Dr. med. Victor Mentberger, Assistenzarzt der Klinik.

Die Aufmerksamkeit der Syphilidologen ist in der letzten Zeit wieder in verstärktem Maße auf das Quecksilber gelenkt worden, da die übergroßen Erwartungen, die an die Ehrlichschen Präparate Salvarsan usw. geknüpft waren, sich nicht völlig erfüllt haben. Schon längst waren wir überzeugt, daß wir bei einer so wechselvollen Krankheit, wie es die Syphilis ist, auf keines der überhaupt in Betracht kommenden Heilmittel verzichten können, noch besser, wenn wir die besten davon kombinieren. Ehrlich sagt selbst, „daß es nicht nur notwendig ist, die Salvarsantherapie durch Quecksilberdarreichung zu unterstützen bzw. zu ergänzen, sondern es ist auch dringendster Wunsch, daß es gelingen möge, ein weiteres möglichst wirksames Hg-Präparat zu synthetisieren, weil dadurch der Kampf gegen die Syphilis auf das wirksamste unterstützt würde". Leider hat der zu frühe Tod des großen Forschers seine weiteren großzügigen Pläne vernichtet.

In der neueren Zeit stehen die organischen und namentlich die aromatischen Quecksilberverbindungen im Mittelpunkte des Interesses. Kolle, Rothermund und Peschic haben nun auf Grund der modernen Erfahrungen der Chemotherapie ein Präparat synthetisch hergestellt, welches nach Laboratoriumsversuchen und Beobachtungen am Menschen eine geringe Organotropie, daß heißt schwache Affinität zu den Organen und einen ausgesprochenen Parasitotropismus besitzen sollte.

Das Argulan, unter welcher Bezeichnung das neue Präparat von dem Sächsischen Serumwerk in Dresden abgegeben wird, stellt eine organische Quecksilberverbindung dar — das Dimethyl-Phenyl-Pyrazolon-Sulfamino-Quecksilber. Die Fabrik hatte uns bereitwilligst Proben zu unseren Versuchen zur Verfügung gestellt. Es läßt sich in seiner chemischen Konstitution am ehesten mit den wirksamen Antipyretika vergleichen, da bei dem Argulan das Hg-Molekül nicht an dem Benzolring oder an eine Kohlenstoffreihe, sondern mittels einer Sulfaminogruppe an dem Antipyrinring verankert ist. Das Argulan stellt einen

Digitized by Google

in Wasser unlöslichen weißen kristallinischen Körper dar, der einem Gehalt von 46,8 % Quecksilber entspricht und in einer Dericin-Lanolin-Suspension gebrauchsfertig abgegeben wird.

Die damit angestellten pharmakologischen Versuche haben ergeben, daß das Argulan auf pathogene Spirochäten, wie bei der Hühnerspirillose, Rückfallfieber und experimenteller Syphilis eine verhältnismäßig schnelle abtötende Wirkung ausübt. Nach Angabe der Autoren ist das Verhältnis der heilenden zur toxischen Dosis bei dem Argulan ein viel günstigeres als bei irgend einem anderen Quecksilberpräparat. Die schwerkranken, mit Rekurrens infizierten Mäuse vertragen mehr als die doppelte Menge der für gesunde Mäuse eruierten Dosis toxica und bleiben dauernd geheilt. Hühner zeigten keinerlei Vergiftungssymptome nach Einverleibung von 2 g pro Kilo Körpergewicht. Einige Hühner vertrugen auch Mengen von 3 g.

Das Argulan kommt in einer neuartigen, besonders gut durchkonstruierten Packung, welche ein schnelles und sicheres Arbeiten erlaubt, in den Handel. Die Argulan-Suspension ist genau dosiert und fertig zur Injektion in Spritzenröhrchen abgefüllt. Jedes Röhrchen enthält 0,3 g. Nach Angabe der Autoren soll die Verabfolgung von sechs Einzeldosen genügen, deshalb enthält die Schachtel sechs Röhrchen mit der dazugehörigen Kanüle (mit Mandrin versehen) und zwei Glasstempel zum Herausdrücken des Materials aus den Röhrchen. Das gläserne Spritzenröhrchen ist mit einer Metallkappe versehen. Im Inneren enthält die Glasampulle im vorderen Teile die Argulanmenge, die mit einem schwarzen Paraffinpfropf und einem Wattebausch verschlossen ist. Die Applikation geschieht intraglutäal. Die beigelegte Kanüle wird ausgekocht und nach vorhergehender Hautdesinfektion in den äußeren oberen Quadranten des Glutäus in üblicher Weise eingestochen. Dann entfernt man aus dem Spritzenröhrchen den Wattebausch, nimmt die Metallkappe ab und setzt das Spritzenröhrchen mit leichter drehender Bewegung in die Konusöffnung der Nadel fest ein. Die Injektion erfolgt durch Verschieben des schwarzen Paraffinpfropfens mit dem Glasstempel bis zum Konusende des Spritzenröhrchens. Hierdurch injiziert man die ganze Argulanmenge 0,3. Will man nicht die ganze Menge injizieren, schiebt man den Glasstempel nur nach Wunsch bis zu einem Teilstriche vor. Es ist vorteilhaft, das Präparat etwas vor der Injektion anzuwärmen, da es sich leichter vorschieben läßt, entweder durch vorsichtiges Durchziehen durch eine Bunsenflamme oder vermittels eines Reagenzglases im Wasserbade. Bei der Injektion ist ferner der Lessersche Handgriff zu beachten. Man soll nur dann injizieren, wenn kein Blut aus der eingestoßenen Nadel quillt.

Digitized by Google

Die intramuskuläre (intraglutäale) Injektion geschieht in Intervallen von 3—6 Tagen, jedoch haben wir ohne Nachteil die Intervalle aus später angeführten Gründen gekürzt.

Über die Heilerfolge, die mit Argulan erzielt worden sind, liegen meines Wissens noch keine größeren Publikationen vor. Meine Untersuchungen fanden längere Zeit vor Kriegsbeginn statt. Nähere Angaben wurden zuerst von STANZIALE veröffentlicht. Die Anfangsdosis des Autors betrug 0,1 ccm der Emulsion, entsprechend 0,019 g Hg. Bei nachgewiesener Toleranz stieg er auf 0,4—0,5 ccm. Die zweite Injektion folgte der ersten nach Verlauf von 3—4 Tagen, dann wurden zwischen den Injektionen allmählich steigende Pausen bis zu 14 Tagen gemacht. Die größeren Dosen verursachten vorübergehende Schmerzen und Schwellungen, zuweilen auch Abszesse. Auch Allgemeinreaktionen in Gestalt von Temperaturerhöhungen und Stomatitis wurden beobachtet, sonst aber keine Quecksilberintoxikationen. STANZIALE berichtet auch über zwei Fälle von maligner Syphilis, bei welchen das Argulan gute Dienste geleistet hat, sowie über die günstige Beeinflussung lanzinierender Schmerzen bei Tabes durch das Präparat. Nach gutachtlichen Äußerungen, die in dem jeder Packung beigegebenen Orientierungsheft enthalten sind, berichtet EPSTEIN über günstige therapeutische Effekte. HAUCK glaubt das Argulan dem Kalomel als überlegen zu bezeichnen, während KLINGMÜLLER es nur den alten Präparaten gleichsetzen will. Alle Fälle, die PLAUT behandelt hat, reagierten prompt und ohne Nebenerscheinungen auf die Einspritzungen. Die syphilitischen Erscheinungen schwanden häufig schon nach der zweiten Einspritzung. RILLE, ROST und SCHREIBER betonen vor allem, daß die örtlichen Erscheinungen bezüglich Schmerzen sehr gering sind. Nennenswerte Infiltrate haben sie nur selten beobachtet. Ihre Erfahrungen sind kurz dahin zusammenzufassen, daß das Mittel auf alle sehr gut luetischen Manifestationen einwirkt. Die Spirochäten sind in den Effloreszenzen spätestens nach 2—3 Tagen nicht mehr nachweisbar bei gleichzeitiger prompter Rückbildung der syphilitischen Produkte. Die Versuche von A. MIBELLI ergaben, daß das Präparat antiluetische Eigenschaften (Parasitotropismus) besitzt, welche, wenn auch an Intensität von Zeit zu Zeit schwankend, doch bemerkenswert erscheinen. Mit diesen Eigenschaften ist nicht eine besondere Toxizität verknüpft, die geringer zu sein scheint als die anderer energischer auslösender Verbindungen mit gleichem Quecksilbergehalt.

Wir haben nun 30 Patienten, welche sich in den verschiedensten Stadien ihrer Syphilis befanden, der Argulanbehandlung unterworfen, und zwar wurden sie ausschließlich nur mit Argulan injiziert, so daß unsere Beobachtungen das Ergebnis der reinen Argulanwirkung darstellen.

Digitized by Google

Wie gesagt, befolgten wir die obige Applikationsweise, jedoch hatten wir in einigen Fällen die Intervalle gekürzt, wenn keine allgemeinen Nebenerscheinungen beobachtet wurden.

Im Gegensatz zu den Berichten der angeführten Autoren bemerkten wir eine große Schmerzhaftigkeit der Injektionen, welche auf keine Weise vermieden werden konnte. Die späteren Sendungen der Fabrik enthielten die Bemerkung, daß die Herstellung in chemischem Sinne etwas geändert sei. Wenn allerdings die Schmerzhaftigkeit der neueren Argulanpräparate etwas weniger hervortrat, übertraf sie noch immer die unserer üblichen Thymol-, Salizyl- oder Kalomelinjektionen. In der Hälfte der Fälle wurden bei beiden Präparaten kleinere oder größere Infiltrate beobachtet. In einem Falle trat Abszeßbildung ein, welche chirurgische Eröffnung erforderte. Die meisten Patienten beklagten sich, daß besonders die ersten Injektionen schmerzhaft seien, andere empfanden bei allen Injektionen die gleichen Schmerzen.

Dieser ungünstigen lokalen Einwirkung standen keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens gegenüber. Darm- und Nierenerscheinungen wurden niemals beobachtet. Albumen war in keinem Falle festgestellt worden. Fieber trat einmal auf, verschwand jedoch in kurzer Zeit. Über Kopfschmerzen, Mattigkeit usw. infolge der Spritzen wurde nicht Klage geführt. Hautausschläge wurden ebenfalls nicht beobachtet.

Da alle Patienten vor Beginn der Kur zahnärztlich untersucht und behandelt wurden, waren Munderscheinungen gering. Von den 30 Patienten wiesen nur sechs vorübergehende Stomatitis auf.

Was die kurativen Einwirkungen des Argulans auf die Spirochäten und die syphilitischen Effloreszenzen betrifft, so waren wir leider überrascht, Resultate verzeichnen zu müssen, welche nicht besser als die bisherigen Mittel waren, und die in keiner Weise mit den Ergebnissen der übrigen Autoren korrespondierten. In den Resultaten nach älterer und neuerer Argulansendung ergab sich kein Unterschied.

Die Einwirkung des Argulans auf die Spirochäten illustrieren folgende Krankengeschichten:

I. R. R., Artist, 25 Jahre alt, niemals ernstlich krank. Luetische Infektion Mitte Januar 1914. 14 Tage später kleines Geschwür am Frenulum. Aufnahme. Befund am 26. II. Sklerose im Sulcus coronarius, Polyskleradenitis. Spir.-Befund positiv. WR positiv. Pallidinreaktion negativ.

27. II. 1. Argulan 0,3 rechts, sehr schmerzhaft, so daß beim Gehen behindert.
28. II. Spir. +.
3. III. 2. Argulan 0,3 links, weniger schmerzhaft. Sklerose trockener.
4. 5. und 6. III. Spir. +.
7. III. 3. Argulan 0,3, keine Reaktion.
9. III. 4. Argulan 0,3, ohne Reaktion.

Digitized by Google

10. 11. und 12. III. Spir. noch +.

13. III. Spir. nicht mehr nachweisbar.

14. III. 5. Argulan 0,3. Sklerose beginnt sich zu überhäuten.

17. III. 6. Argulan 0,3. Sklerose im Heilstadium usw.

II. H. L., Metzger, 27 Jahre. Mitte Januar Tripper, 14 Tage später Geschwüre und Krätze. 8. II. Aufnahme.

8. III. Befund: Sklerose im Sulcus coronarius, Roseola, Polyskleradenitis, Angina specifica. WR im Blut und Lumbalpunktat positiv. Pallidinreaktion negativ. Zahlreiche Pallidae.

9. III. Argulan 0,3, ziemlich schmerzhaft.

10. III. Spir. +.

12. III. Argulan 0,3, recht schmerzhafte Injektion. Fieber 38,2 abends. Luetische Symptome nicht beeinflußt.

13. III. Fieberfrei. Spir. +.

14. III. Keine Spirochäten nachweisbar.

III. K. D., Ehefrau. Ein gesundes Kind, vom Mann infiziert. Seit sechs Monaten Geschwüre an den Genitalien.

12. III. Befund: Ulcera mollia, nässende Papeln, Polyskleradenitis, Roseola, Angina specifica, Leukoderm, außerdem klagt Patientin über heftige Kopfschmerzen und Mattigkeit. Spirochäten positiv, Streptobazillen positiv, WR im Blut und Lumbalpunktat positiv. Pallidinreaktion negativ.

13. III. 0,3 Argulan, äußerst schmerzhafte Injektion.

16. III. 0,3 Argulan, weniger schmerzhaft. Papeln und Ulzera unbeeinflußt.

18. III. Spir. noch +.

19. III. 0,3 Argulan, nicht schmerzhaft.

20. III. Spir. —. Streptobazillen —. (Bei gleichzeitiger täglicher Ätzung mit Karbolsäure.) WR +. Papeln trocknen ab usw.

Diese Krankengeschichten zeigten uns, daß im ersten Fall nach der vierten Injektion und ca. 14 Tage nach Beginn der Behandlung noch lebende Spirochäten vorhanden waren. Im zweiten Fall waren die Spirochäten nach der zweiten Injektion nicht mehr nachweisbar und vier Tage nach begonnener Behandlung. Im dritten Falle verschwanden die Spirochäten erst nach der zweiten Injektion.

In Übereinstimmung mit dem langsamen Einfluß auf die Spirochäten standen auch die Wirkungen auf die syphilitischen Effloreszenzen. Größtenteils begannen erst nach der dritten bis vierten Injektion die Primäraffekte abzutrocknen und sich zu überhäuten. Inguiniale Drüsenschwellung wurde überhaupt nicht beeinflußt. Nach vier Injektionen waren Exantheme geschwunden oder zumeist sehr deutlich im Rückgang begriffen. In zwei Fällen wurde jedesmal nach der zweiten Injektion eine deutliche Herxheimersche Reaktion beobachtet.

Alle Fälle zeigten bei Beginn der Behandlung einen positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion. Nur in einem von den 30 Fällen war die Reaktion zwei Tage nach der letzten sechsten Injektion negativ geworden.

Digitized by Google

Jedoch bietet ein Fall besonderes Interesse:

IV. A. C., Gießer, 25 Jahre alt. Letzter Verkehr sechs Monate vor der Aufnahme. Im Oktober 1913 kleines Bläschen auf dem Penis, das sich schnell vergrößerte. In Metz wurde diese Affektion als luetisch erklärt. Patient erhielt 30 Spritzen in den Rücken, worauf die Erscheinungen verschwanden. Anfang Dezember brach das Geschwür von neuem auf und bot bei der Aufnahme am 14. I. das Bild einer syphilitischen Schwiele — fünfmarkstückgroße, fest indurierte, granulierende Wundfläche auf dem Penisrücken (Lues maligna praecox). Außerdem bestand allgemeine Drüsenschwellung. Nach sechs Argulaninjektionen war das Geschwür fast ganz überhäutet. WR noch positiv. Vier Wochen darauf meldet sich Patient wiederum mit einem frühtertiären, serpiginösen Hautausschlag auf dem Rücken, Armen und Brust, welcher nach drei Salvarsaninjektionen und 30 Hg succinimid.-Spritzen rasch zurückging.

Dieser Fall zeigte offensichtlich, daß die maligne Form der Syphilis bei diesem Patienten durch die Argulanbehandlung in ihrem Fortschreiten nicht aufgehalten wurde.

Zusammenfassend können wir erklären, daß die Schmerzhaftigkeit der Argulaninjektionen eine unangenehme Beigabe bedeutet und die Patienten schwer dazu zu bewegen sind, mehr als sechs Injektionen anzunehmen. Im allgemeinen müßte die Kur auf acht Spritzen verlängert werden. Außerdem wird die Argulanapplikation durch die Infiltratbildung eine stetig schwierigere. Die geringe Beeinflussung der Spirochäten und das langsame Einwirken auf die luetischen Effloreszenzen zeigt uns, daß das Argulan unsere bisherigen Quecksilberpräparate nicht übertrifft. Über eine Dauerwirkung können wir kein Urteil fällen, da der Kriegsausbruch eine weitere Beobachtung nicht mehr ermöglichte. Vielleicht gelingt es, bei der Herstellung des Argulans durch irgend eine Modifikation die Schmerzhaftigkeit weiter herabzusetzen, wie es bei den neueren Präparaten in gewissem Sinne schon erreicht war. Trotzdem bedeutet die Erfindung des Argulans eine weitere, nicht zu verachtende Bereicherung in unseren Mitteln gegen die Syphilis. Wegen seiner handlichen und vornehmen Ausstattung wird das Argulan gerade in der besseren Praxis wohl von Nutzen sein.

Literatur.

Kolle, Rothermundt, Dale, Experimentelle Untersuchungen über die therapeutische Wirkung verschiedener Quecksilberpräparate bei Spirochätenkrankheiten der Hühner. M. Kl., 1912, 2. — Kolle, Rothermundt, Peschic, Untersuchungen über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten. D. m. W., 1912, 34. — Rothermundt, Dale, Peschic, Das Quecksilber in der Therapie der Spirochäteninfektion auf Grund experimenteller Studien an Tieren. Zschr. f. Immunitätsf., Bd. 16, H. 2. — Abelin, Untersuchungen über die Wirkung von Quecksilberpräparaten auf Spirochätenkrankheiten. D. m. W., 1912, 39. — Kolle und Rothermundt, Weitere Untersuchungen über organische Quecksilberpräparate. M. Kl., 1911, 21. — Merck, Jahresbericht 1913—1914. Orientierungsheft über Argulan des Sächsischen Serumwerkes in Dresden. — Stanziale, Riforma med., 1913, 30. — A. Mibelli, Giorn. ital. delle mal. vener., 1914, 2, S. 179.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Neurotische Entzündungen.

Erythema exsudativum solare, von F. Šamberger-Prag. (5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte 1914.) In den durch die Sonnenstrahlen erzeugten Hautaffektionen (Hyperpigmentation, Entzündung, Hydroa aestivalis und Prurigo aestivalis) fügt Š. auf Grund einer Beobachtung von Erythema exsudativum multiforme im Gesicht und auf den Händen, das durch Sonnenstrahlen hervorgerufen worden war, auch diese klinische Einheit hinzu. — In der Haut existieren zwei Schutzvorrichtungen, die auf äußere Hautreize verschieden reagieren. Die erste Schutzvorrichtung wird durch das Blutgefäßsystem beherrscht; durch ihre Reizung entsteht die Entzündung; die andere Schutzvorrichtung steht unter der Herrschaft des Lymphgefäßsystems; durch ihre Reizung entstehen Hydroa und Prurigo aestivalis. Bei dem Falle mit Erythema exsudativum multiforme wurden beide Schutzvorrichtungen gereizt; die Haut war nach beiden Richtungen überempfindlich. Bei normalen Menschen reizen die Sonnenstrahlen nur das die Entzündung beherrschende System. G. Mühlstein-Prag.

Das Erythema nodosum, von C. Hegler. (Erg. d. inn. M., 1913, Bd. 12.) Auf Grund der Beobachtung von 45 Fällen und der Literatur gibt Verfasser eine kurze übersichtliche Monographie des Erythema nodosum; er versteht darunter eine wahrscheinlich infektiöse selbständige Allgemeinerkrankung, die mit dem Erythema exsudativum multiforme nichts zu tun hat. Zuerst bespricht Verfasser das klinische Bild; das Vorkommen auf Schleimhäuten muß als fraglich bezeichnet werden. Von gleichzeitigen Erkrankungen anderer Organe sind zunächst Anginen zu erwähnen, die öfters der Hauteruption um einige Tage vorausgehen. Von seiten des Herzens wurde manchmal eine Beteiligung des Endokards oder Myokards festgestellt, doch niemals ein Klappenfehler; erstere wurde meist nur in Fällen beobachtet, bei denen eine Angina vorangegangen war. Bemerkenswert ist die Kombination des Gelenkrheumatismus mit Erythema nodosum; aus allem geht aber nur hervor, daß das supponierte Virus des Erythema nodosum oftmals durch die Tonsillen eindringt und gewisse Verwandtschaftsbeziehungen zu dem des Gelenkrheumatismus aufweist, aber nicht mit ihm identisch ist. Was den Magendarmkanal betrifft, so liegen einige Beobachtungen vor, bei denen es zu einer Darminvagination kam, die durch eine Lokalisation des Erythema nodosum auf der Darmserosa bedingt sein mag. Im folgenden Kapitel wird die Differentialdiagnose eingehend erörtert.

Dann folgen die Beziehungen zu anderen Infektionskrankheiten. Das Erythema nodosum wurde bei einer Reihe von Krankheiten beobachtet, wie Diphtherie, Masern, Scharlach, Typhus, Blennorrhoe, Syphilis u. a. m. Es ist aber, besonders bei den zwei zuletzt genannten Krankheiten, sehr fraglich, ob es sich um ein echtes Erythema nodosum gehandelt hat oder nur um ein sekundäres. Sehr eingehend erörtert Verfasser die Frage der Beziehungen des Erythema nodosum zur Tuberkulose. Aus den Ausführungen geht hervor, daß es nicht erwiesen, ja nicht einmal wahrscheinlich sei, daß das Erythema nodosum durch den Tuberkelbazillus oder seine Toxine hervorgerufen würde. Immerhin ist es auffallend, daß die Erkrankung oft von tuberkulösen Affektionen gefolgt wird, oder bei Tuberkulösen oder Tuberkulosebelasteten auftritt. Es ist aber nicht angängig, daß Erythema nodosum als Frühsymptom einer Tuberkulose zu bezeichnen oder eine besondere „ominöse" Form aufzustellen. Wahrscheinlich bestehen Wechselwirkungen zwischen beiden Erkrankungen insofern, als die eine den Boden für die andere vor-

Digitized by Google

bereiten kann. Kurz werden dann noch Histologie, Ätiologie und Pathogenese, Prognose und Therapie besprochen. R. Frühwald-Leipzig.

Zur Ätiologie des Erythema nodosum, von Schumacher-M.-Gladbach. (Zschr. f. Tbc., 1913, Bd. 21, Heft 5.) Das Erythema nodosum ist in der Mehrzahl der Fälle eine idiopathische, dem Gelenkrheumatismus nahe verwandte, durch einen noch unbekannten Erreger verursachte Infektionskrankheit, deren Eingangspforte zumeist die Tonsillen sind. B. Junghanns-Dresden.

Erythema nodosum und tuberkulöse Septikämie, von Landouzy-Paris. (M. Press a. Circ., 3. Juni 1914.) Wenn es auch eine weitverbreitete Ansicht ist, daß Erythema nodosum meist auf tuberkulöser Basis ruht, so ist doch der bakteriologische Beweis hierfür noch nicht geliefert worden. Dies ist Landouzy gelungen, der bei einer Patientin mit tuberkulöser Septikämie und Erythema nodosum den Tuberkelbazillus in letzterem nachwies: er fand in einem Schnitt im Lumen eines Blutgefäßes einen typischen Tuberkelbazillus. Das angestellte Tierexperiment fiel ebenfalls positiv aus. Der Tuberkelbazillus kommt vielleicht nicht immer als Ursache des Erythema nodosum in Betracht, aber doch meistens. H. Fendt-Wiesbaden.

Das gemeinschaftliche Auftreten von Erythema nodosum und Tuberkulose, von O. H. Foerster-Milwaukee. (J. Am. m. Assoc., 10. Oktober 1914.) Nebst einem ziemlich ausgiebigen Auszug aus der Literatur bringt Verfasser einen kurzen Bericht über zwei Mädchen im Alter von 13 und 4 Jahren, welche im Anschluß an Masern Erythema nodosum entwickelten und dabei einige als tuberkulös zu deutende Erscheinungen darboten. Die Pirquetsche Reaktion konnte bei dem einen Fall ausgeführt werden, war aber nur mäßig ausgesprochen. A. Philippi-Salzschlirf.

Akute Exantheme.

Zehn Jahre Scharlachstatistik, von Barasch. (D. m. W., 1915, Nr. 1.) Die Untersuchungen betreffen 1438 Fälle, vorwiegend Kinder, in der Zeit vom 1. Juli 1903 bis zum 1. Juli 1913. Die zahlreichen Mittel, die in diesen zehn Jahren empfohlen wurden, wurden auch am Urban-Krankenhause in Berlin nachgeprüft und als völlig wirkungslos befunden. Die Therapie im Urban-Krankenhause beschränkt sich lediglich auf Bäder, Diät und sorgsamste Pflege. E. Brinitzer-Altona.

Beitrag zur Statistik der Kinderkrankheiten Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Masern in Preußen in den Jahren 1901—1912, von Paul Neumann-Gelsenkirchen. (Zschr. f. Hyg., Bd. 78, H. 3.) Verfasser gelangt bei seinen Ausführungen zu folgender Zusammenfassung, soweit sie die für das dermatologische Gebiet in Betracht kommenden Scharlach und Masern betrifft: 1. Für alle vier Krankheiten macht sich in dem behandelten Zeitraum ein erfreulicher Rückgang in der Sterblichkeit bemerkbar; am stärksten ist er beim Scharlach. Trotzdem ist die Sterblichkeit immer noch recht erheblich. 2. An dem Rückgang der Sterblichkeit jeder Krankheit beteiligen sich sämtliche Altersklassen des Kindesalters. Am größten ist die prozentuale Abnahme bei Scharlach im ersten Lebensjahre, am geringsten im schulpflichtigen Alter. Bei Masern ist sie gerade in den ersten zwei Jahren, wo die meisten Opfer gefordert werden, am geringsten. 3. Der Anteil der einzelnen Altersklassen an der Scharlachmortalität hat in den zwölf Jahren abgenommen im vorschulpflichtigen Alter (bis zum fünften Lebensjahr), ist dagegen größer geworden im schulpflichtigen Alter und den höheren Altersklassen. 4. Auf die Lebenden der einzelnen Altersklassen kommen die meisten Todesfälle an Masern auf das zweite, die meisten an Scharlach auf das dritte Lebensjahr. 5. Von sämtlichen Gestorbenen jeder Altersklasse erliegen dem Scharlach die meisten im

Digitized by Google

Alter von 5—10 Jahren, den Masern im zweiten Lebensjahre. 6. Bei Scharlach und Masern überwiegt die Sterblichkeit des männlichen Geschlechts. E. Klemm-Leipzig.

Die neueren Kenntnisse über die Ätiologie des Scharlachs, von E. Bertarelli. (Morgagni, 20. Februar 1915.) Verfasser bespricht die neueren Arbeiten über Scharlach. Die Ätiologie dieser Krankheit bleibt nach wie vor in Dunkel gehüllt; die modernen Erfahrungen sind eher geeignet, die Frage zu verwirren als zu klären. Sicher ist nur, daß das Scharlachvirus durch die Rachenschleimhaut eindringt; dort müssen daher die prophylaktischen Maßnahmen einsetzen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Bedeutung der Spindelbazillen in der Pathologie des Scharlachs, von W. N. Klimenko-Petersburg. (Zbl. f. Bakt., 1914, Bd. 74, H. 5/6.) Verfasser weist nach, daß bei Scharlach und seinen Komplikationen der Spindelbazillus, der unter den Namen Bacillus fusiformis, hastilis oder B. Vincenti bekannt ist, überall zu finden ist, ohne daß seine Bakteriennatur sicher erwiesen ist. Die Versuche, ob tatsächlich der Spindelbazillus der eventuelle Erreger des Scharlachs ist, sind noch nicht abgeschlossen. W. Chrzelitzer-Posen.

Über die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse, von Hans Rehder. (D. Arch. f. kl. Med., 1914, Bd. 117, H. 1.) Verfasser hat die von Döhle beschriebenen, für Protozoen angesehenen und für pathognomonisch für Scharlach gehaltenen und deswegen Spirochaetae scariatinae genannten Leukozyteneinschlüsse nachgeprüft. Er teilte alle vorkommenden Formen in ein Schema von sieben Klassen ein: 1. kleine runde, 2. kleine lange, 3. große runde, 4. große lange, 5. polymorphe, 6. gewundene Einschlüsse, 7. Trypochäten, welch letztere Bezeichnung er für das, was Döhle Spirochäte genannt hat (Gebilde mit mehreren kurzen, dicken Windungen, die in ein zartes dünnes Fädchen ausliefen und am Ende dann und wann ein kleines Klümpchen trugen), für passender hält. Die Klassen 1—3 hat er als atypische, 4—7 als typische Einschlüsse zusammengefaßt. Im Gegensatz zu vielen anderen Untersuchern hat Verfasser die eigentlichen Trypochäten bei Scharlach häufig gefunden, bei einigen Fällen aber auch nicht, bei anderen nur während der ersten Krankheitswoche, in schweren Fällen zahlreicher als in den leichten, in den ersten Krankheitstagen häufiger als später. In seltenen Fällen anderer Krankheiten (Anginen, Typh. exanth., Pneumonie) fanden sich trypochätenähnliche Bilder. Im ganzen fand Verfasser typische Einschlüsse außer beim Scharlach mit ganz wenigen Ausnahmen bei anderen Krankheiten nicht, während atypische Einschlüsse bei fast allen fieberhaften Krankheiten vorkommen, am häufigsten bei der Tuberkulose, fast gar nicht hingegen bei gesunden, d. h. nicht fiebernden, keinen bakteriellen oder toxischen Einflüssen ausgesetzten Patienten. Verfasser glaubt den Schluß ziehen zu dürfen, daß Scharlach von Krankheiten, die mit ihm verwechselt werden könnten, durch das Leukozyteneinschlußbild mit ganz wenigen Ausnahmen unterschieden werden kann. Über die Natur der Einschlüsse kann sich Verfasser noch kein abschließendes Urteil bilden, möchte sich jedoch nicht rückhaltlos der Ansicht anschließen, daß die Trypochätenprotozoen und die übrigen Einschlüsse Reste von diesen sind. E. Klemm-Leipzig.

Über die Erkrankung der Nebennieren beim Scharlach, von A. Dutoit-Montreux. (Klin. ther. Wschr., 1915, Nr. 19/20.) Literarische Übersicht. O. Gans-Karlsruhe.

Beitrag zur Kenntnis der Nachkrankheiten des Scharlachs, von Ernst Mössmer. (Diss.: Erlangen 1913.) 160 Fälle aus den letzten fünf Jahren. Die Nachkrankheiten halten sich in ihrer Eintrittszeit an bestimmte Termine. Sie treten fast nie vor dem zwölften Krankheitstag und spätestens in der siebenten Woche auf. Der Beginn der meisten Erkrankungen fällt auf die 3.—4. Woche; besonders auf den 19.—22. Tag.

Digitized by Google

Dieses gemeinsame Eintrittsgesetz ist ein Hauptbeweis für die Identität der Nachkrankheiten. Postskarlatinöses Fieber: zwei Fälle, die sich am 26. bzw. 34. Tage einstellten und drei bzw. vier Tage dauerten. Das Maximum der Temperatur betrug jedesmal 38,2° und wurde am zweiten bzw. dritten Tage erreicht. Beide Fälle, die primär sehr stürmisch verliefen, weisen sonst in ihrem Verlauf keine Nachkrankheiten auf und genasen. Das Intervall zwischen primärem Scharlach und Einsetzen des Fiebers war beide Male symptomlos. Der eine der Fälle scheint für die Bauersche Theorie zu sprechen, wonach es sich beim postskarlatinösen Fieber um Toxine handelt, die im Darm, bzw. vom Darm aus wirken, durch Lähmung der Nervenganglien die Peristaltik herabsetzen und so Kotstauungen und Resorption giftiger Substanzen bewirken. Dieser Patient mußte bis zum Einsetzen des Fiebers stets klistiert werden. Auffallend ist, daß auch in vielen anderen Fällen geringe Temperaturerhöhungen und Obstipation einige Tage vorher oder während dieser Zeit zusammenfallen. — Lymphadenitis postscarlatinosa: Unter den 160 Fällen trat diese Komplikation in reiner Form ohne gleichzeitige andere Veränderungen im Organismus oder doch derart, daß sie unter den anderen Erscheinungen am meisten hervorstach, in 13 Fällen auf. Aus zwei näher beschriebenen und den übrigen Fällen ergibt sich die wichtige Tatsache, daß sich an die Lymphadenitis nie eine ernstliche oder auch nur deutlich in die Erscheinung tretende leichte Erkrankung anschloß, vor allem keine Nephritis, nicht einmal Albuminurie. Es macht ganz den Eindruck, daß die Lymphadenitis der allerletzte Angriff ist, den der Scharlach gegen den Organismus ausführt. Dies hält Verfasser für prognostisch wertvoll, indem man sagen könnte, daß eine als Nachkrankheit auftretende Lymphadenitis — mag der primäre Scharlach schwer oder leicht gewesen sein — stets einen günstigen Ausgang der ganzen Erkrankung voraussagen läßt. Der Eintritt, der in drei Fällen allmählich, in den übrigen zehn Fällen plötzlich geschah, fiel auf den 12. bis 33. Krankheitstag, der 19.—25. ist dabei in sieben Fällen vertreten. — Angina postscarlatinosa: in 18 Fällen = 11,25% traten in der Zeit, wo sich auch die anderen Nachkrankheiten einzustellen pflegen, eine erneute Schwellung und Rötung der Rachenorgane teilweise mit Schwellung der Halslymphdrüsen auf, wie man sie beim primären Scharlach zu sehen bekommt. Der Eintritt geschah gewöhnlich plötzlich aus dem besten Wohlbefinden heraus, und während der Erkrankung selbst war das Allgemeinbefinden einigemal stärker gestört. Die Eintrittszeit bewegte sich zwischen dem 16. bis 40. Tage; bevorzugt war der 18.—26. (neunmal), der 22. fünfmal. Die Verteilung auf die einzelnen Wochen gestaltet sich wie folgt: 2.—3. Woche: drei Fälle, 3.—4. Woche: sieben Fälle, 4.—5. Woche: fünf Fälle, 5.—6. Woche: drei Fälle. Die Fieberakme schwankt zwischen 38,2°—40,5°, meist um 39°. Die Dauer des Fiebers erstreckt sich zwischen 3—14 Tage. — Angina und Nephritis traten in fünf Fällen mit- bzw. hintereinander auf. In einem Falle stellte sich die Nephritis drei Tage vor der Angina ein, in den anderen Fällen folgte sie dieser. Zwei Beispiele zeigen, daß es für die Entstehung einer Angina mit Nephritis gleichgültig ist, ob der primäre Scharlach leicht oder schwer war. Die Anginen selbst sind bis auf zwei Fälle, die abszedierten, gut verlaufen. Ein Exitus nach Sepsis. — Nephritis postscarlatinosa: Die Eintrittszeit verteilt sich bei den 14 beobachteten Fällen wie folgt: 2.—3. Woche: viermal, 3. bis 4. Woche: sechsmal, 4.—5. Woche: einmal, 5.—6. Woche: dreimal. In mehr als der Hälfte (achtmal) war es der 20.—24. Tag. — Von seltenen Nachkrankheiten kamen zwei Herzerkrankungen vor, ein Fall von Erkrankung der Gelenke. In diesem Falle haben die Gelenkaffektionen nicht weniger als 80 Tage mit einer ungemeinen Heftigkeit und Hartnäckigkeit bestanden. Auffallend ist, daß das Herz freiblieb. Der Fall beweist, daß die Synovitis postscarlatinosa selbst bei den schwersten Er-

Digitized by Google

scheinungen prognostisch sowohl für die beim Rheumatismus gewöhnlich in Mitleidenschaft gezogenen Organe, als auch für die ergriffenen Gelenke selbst günstig zu beurteilen ist. — Zweites Exanthem: Es wird in der Literatur auf die Seltenheit des Symptoms bei Scharlach hingewiesen. Das kann auf Grund der Nürnberger Erfahrungen nicht gesagt werden, denn es kam sechsmal ein zweites, einmal sogar ein drittes Exanthem vor. Bemerkenswert ist die Eintrittszeit des zweiten Exanthems. Der früheste Termin war der 14. Tag, der späteste der 23. Tag. — Unter den Gesamtfällen trat 47 mal = in 29,37% irgend eine Nachkrankheit auf. Davon wieder 38,17% (21 mal) in der vierten Woche. Die Mortalität der Nachkrankheiten ist gering: zwei Exitus an Sepsis von eitrigen Tonsillen aus. F. Loeb-München.

Etwas über die klinische Diagnostik bei Skarlatina, von J. Tillgren. (Svenska Läkaresällskapets Förhandlingar, 5. Mai 1914.) Verfasser geht kritisch die bisher bekannten Momente in der Differentialdiagnose durch und lenkt dabei die Aufmerksamkeit auf die Döhleschen Zelleinschlüsse. Bei der Erwähnung der hämorrhagischen Natur des Scharlachausschlags kommt er auch auf das Rumpel-Leadesche Symptom zu sprechen. Um festzustellen, ob eine gesteigerte Brüchigkeit der roten Blutkörperchen eine Rolle dabei spielt, untersuchte er deren Resistenz gegenüber hypotonen Salzlösungen; dies Verhältnis zeigte sich aber immer ganz normal. Auch mikroskopische Untersuchungen von Hautschnitten zeigten die Scharlachexsudation als eine hämorrhagische: übrigens erwies sie sich als eine gewöhnliche Entzündung mit ausgedehnten Gefäßen und Flüssigkeitsräumen und ausgewanderten Leukozyten um die Follikel herum. Bei diesen entstehen auch die charakteristischen Vesikeln durch Auflockerung des Epithels, die, wenn sie größere Proportionen annehmen, die Miliaria bei Scharlach bilden und gewöhnlich zum Entstehen größerer Abschuppungen beitragen. Gleichzeitig mit der Abschuppung entsteht in der Matrix der Nägel eine Ernährungsstörung, die sich durch eine Furche im Nagel (an den Händen wie den Füßen), wenn dieser hervorwächst äußert (Feers Scharlachlinie). Diese Linie ist bei kleinen Kindern und nach schwachem Exanthem nicht so deutlich. W. Holland-Kristiania.

Über Schwankungen der Serumkonzentration bei Skarlatina, von Kaiser und Löwy-Prag. (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 116, H. 1 u. 2.) Bei einer Reihe von Fällen von Skarlatina ohne Komplikation finden sich während des Krankheitsverlaufes keine nennenswerten Schwankungen des Brechungsindex des Serums, während bei einer anderen Reihe eine Erhöhung der Serumrefraktion im Stadium der Schuppung vorhanden ist. Bei dem zur Beobachtung gelangten Falle von Nephritis und von Albuminurie konnte vor dem Auftreten von Eiweiß im Harn eine Zunahme der Serumkonzentration gefunden werden. Nach Ablauf eine Pneumonie, bei Eintritt von Gelenkschmerzen, bei einer Mitralklappenaffektion und bei Auftreten multipler Abszesse stieg die Serumrefraktion, vielleicht teilweise bedingt durch die Vermehrung von im Blute in erhöhter Zahl kreisender, toxischer Produkte. Eine praktische Bedeutung kann der Bestimmung der Serumrefraktion bei Skarlatina wegen der auch bei unkomplizierten Fällen auftretenden Schwankungen des Brechungsindex nicht zukommen. F. John-Leipzig.

Scharlachbehandlung mit Humanserum und Serumlipoide, von Werner Schulz-Charlottenburg-Westend. (D. Arch. f. klin. Med., Bd. 115, H. 5 u. 6.) Verfasser hat in Anbetracht der Heilwirkung des menschlichen Serums in den ersten Tagen der akuten Scharlachinfektion Versuche darüber angestellt, inwieweit der Gehalt von Humanserum an Lipoiden die therapeutischen Erfolge erklärt. Er hat deshalb sieben Scharlachkranken Ätherserumextrakte injiziert. Während bei den früheren mit menschlichem Serum behandelten Fällen die Temperatur in wenigen Stunden in kritischer Weise absank und dann sehr häufig annähernd oder ganz normal blieb bei gleich-

Digitized by Google

zeitigem raschem Rückgang des Exanthems, weichen die Kurven der mit Ätherextraktsuspension von Humanserum injizierten Fälle von denen unbehandelter Fälle kaum wesentlich ab. Die Temperaturkurve wurde entweder nicht sichtbar beeinflußt, oder es traten Senkungen der Temperatur mäßigen Grades auf, wie sie an jedem symptomatisch behandelten Scharlachfieber häufig zu konstatieren sind. Aus diesen therapeutischen Versuchen ist also der Schluß zu ziehen, daß die entfiebernde Wirkung des Humanserums bei der akuten Scharlachinfektion nicht in seinem in der Kälte extrahierbaren Lipoidgehalt darstellbar ist. F. John-Leipzig.

Die Diät beim Scharlach, von Brückner-Dresden. (Fortschr. d. M., Jahrgang nicht angegeben.) Nach kurzer Besprechung der Hypothesen über die Pathogenese der Scharlachnephritis spricht Verfasser die Ansicht aus, daß diese in einem viel zu innigen und gesetzmäßigen Zusammenhange mit dem Scharlach steht, als daß sie durch eine strenge Milchdiät verhindert werden könnte. Dagegen ist eine konsequente, durch drei Wochen durchgeführte Milchdarreichung für viele Patienten eine Qual. Deshalb ist Verfasser von der grundsätzlichen Milchdiät abgegangen und gibt diese nur bei schweren Anfangserscheinungen. Sonst bekommen die Kranken die gewöhnliche gemischte Krankenhauskost, wobei auf reichliche Wasserzufuhr geachtet wird. Seit Einführung dieser Methode sind die Scharlachnephritiden ungefähr in der gleichen Häufigkeit aufgetreten wie früher bei reiner Milchdiät. R. Frühwald-Leipzig.

Gibt es eine erfolgreiche Scharlachbehandlung, von Koch. (D. m. W., 1915 Nr. 13.) In dieser Arbeit widerspricht K. der von Barasch vertretenen Ansicht, daß man bei der Scharlachbehandlung mit Pflege und Diät ebensoweit komme wie mit anderen Mitteln (D. m. W., 1915, S. 4). Der hohen Mortalitätsziffer von Barasch (15%) steht eine Mortalität von 1,1% gegenüber. K. schreibt seine guten Erfolge der Therapie mit Rekonvaleszentenserum zu. Es ist notwendig, große Serummengen zu nehmen, bei ganz kleinen Kindern 50 ccm, sonst mindestens 100 ccm. Es wird intravenös infundiert. E. Brinitzer-Altona.

128 Scharlachfälle behandelt mit Vakzine und nach der Methode von Milne, von E. C. Schultze und L. A. Goldberger-New York. (M. Record, 1914, Nr. 21.) Die Verfasser haben bei Behandlung von Scharlachkranken mit der Vakzine des von Sch. aus dem Nasenrachenschleim von Scharlachkranken im Jahre 1910 isolierten Mikrokokkus „S" mit Unterstützung durch eine äußerliche Behandlung von 10%iger Lösung von Karbolsäure in Öl nach Milne so gute Ergebnisse gehabt, daß sie glauben, in nicht zu ferner Zukunft mit dem Mikrokokkus „S"-Vakzin die allzugroße Sterblichkeit des Scharlachs zu verringern. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Einige Versuche mit Bakterienvakzinen bei Scharlach, von G. L. Kiefer und N. L. Ferry-Detroit-Mich. (M. Record, 1914, Nr. 21.) Auf Grund ihrer Versuche kommen die Verfasser zu dem Schlusse, daß es notwendig und auch berechtigt ist, an einer größeren Versuchsreihe zu prüfen, ob das Mikrokokkus „S"-Vakzin Schultzes pathogene Eigenschaften spezifischer Natur hat oder nicht. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Die Methode von Milne bei Scharlach und Masern. (Morgagni, 3. September 1914.) Die Methode von Milne besteht in folgendem: der Kranke wird in den ersten vier Tagen früh und abends vom Scheitel bis zur Sohle mit Eukalyptusöl eingerieben; vom 5.—10. Tage erfolgen die Einreibungen nur einmal täglich. Gleichzeitig wird am ersten Tage zweistündlich, später seltener, der Pharynx und die Tonsillen mit einem in Fenchelöl getauchten Wattetupfer ausgewischt. Bei Masern müssen auch die Koplikschen Flecken betupft werden. Da nach Milnes Angaben ein so behandeltes Kind nicht isoliert

Digitized by Google

zu werden braucht, hat die Methode große Gegnerschaft gefunden. Manche Verfasser haben über gute Resultate berichtet; allerdings haben sie teilweise die Kranken isoliert.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Behandlungsmethode der Masern und des Scharlachs von Milne. (Monde méd., 15. Juni 1914.) Sie besteht aus drei Maßnahmen: 1. der Bepinselung des Gaumens nnd Rachens mit 10%igem Karbolöl, bei Scharlach am ersten Tage alle zwei Stunden, bei Masern weniger, 2. aus Einreibungen des ganzen Körpers mit reiner Eukalyptusessenz früh und abends in den ersten vier Tagen der Krankheit, dann einmal am Tage, und 3. in einer Inhalation von Eukalyptusessenz, welche auf ein über Kopf und Brust aufgehängtes, bis aufs Bett reichendes Stück Gaze von Zeit zu Zeit aufgespritzt wird, um hier zu verdunsten.

H. Vörner-Leipzig.

Die Behandlung des Scharlachs, von K. Preisich-Budapest. (Orv. Hetilap, 1913, Nr. 2.) Das Marmorekscbe Streptokokkenantitoxin ist bei Scharlach entschieden schädlich. Von den übrigen Streptokokkenantitoxinen kann in bestem Falle nur gesagt werden, daß sie unschädlich und unwirksam sind. Scharlach ist keine von einer Streptokokkenart hervorgerufene Krankheit. Verfasser begründet diese Ansicht mit folgendem: 1. im Kehlkopfprozeß können Streptokokken immer gefunden werden. Es gibt ja keinen gesunden Menschen, in dessen Munde sie nicht vorhanden sind. 2. Das Züchten der Streptokokken als dem Blute der Scharlachkranken gelingt nach seinen eigenen Untersuchungen nur in schweren septischen Fällen und niemals in den durch ihn als rein und nicht kombiniert infektiös bezeichneten Fällen. Diese machen 50% der Fälle auch bei Epidemien schwerer Natur aus. Bei Epidemien milderen Charakters steigen die reinen, nicht gemischt infektiösen Fälle auf 70% und noch mehr. 3. Aus dem Blute der an Scharlach Verstorbenen können die Streptokokken nicht gezüchtet werden. Es ist wohl wahr, daß sie in wenigen Fällen fehlen, aber dies beweist, daß der Scharlach zumeist durch die Mischinfektion schwer und tödlich wird. 4. Scharlach ist eine im größten Maße Immunität hervorrufende Infektionskrankheit. Dagegen machen die Streptokokkenerkrankungen das Individuum neueren Streptokokkenerkrankungen gegenüber empfänglich; das wissen wir von Erysipelas, Phlegmone, Kindbettsfieber. Keine von diesen Erkrankungen läßt nach ihrer Heilung Immunität zurück. In Fällen von Streptokokkeninfektionen figuriert das Bakterientoxin als Übel zweiter Ordnung, und doch will man mit antitoxischem Serum eine Wirkung erzielen. Scharlach mit stürmischem Verlauf beginnt mit hohem Fieber und zieht unter Symptomen der Erkrankungen des Herzens und des Nervensystems den Tod herbei. Die Krankheit pflegt 2–5 Tage zu dauern. Der Sektionsbefund ist: akute Milzgedunsenheit und trübe Gedunsenheit der parenchymatösen Organe. Im Blute Streptokokken nachzuweisen, ist nicht gelungen. Der Verlauf ist wie bei einem rasch wirkenden Toxin. Dies kann eher der Konstitution des Individuums zur Last geschrieben werden. Ein solcher Verlauf kann bei pastösen, beleibten, schwachmuskeligen, unrichtig genährten oder physisch und bezüglich des Nervensystems erschöpften Individuen beobachtet werden. Die zweite Gruppe hat einen kurzen Verlauf. Schwere Rachenveränderungen; auch die Schleimhaut der Rachengänge ist stark in Mitleidenschaft gezogen. Die Lymphdrüsen sind entzündet Der Sektionsbefund spricht für Streptokokkensepsis. Es ist gerade nicht selten, daß sich nach dem Nachlassen der typischen Erscheinungen der schwerere Rachenprozeß mit allen seinen Folgen einstellt. Auch die reinen, nicht komplizierten Scharlachfälle richten Individuen von schwacher Konstitution zugrunde. Durch Streptokokkeninfektion erschwerte Fälle töten nach der Konstitution der Fälle rascher oder langsamer. Typisch sind solche Fälle, die nur mit Ausschlägen, entsprechender Schleimhautröte, unwesentlicher oder ausgeprägter Schleimhautgedunsenheit mit entsprechendem

Digitized by Google

follikulärem oder lakunärem Niederschlag der Hypersekretion der Tonsillen, manchmal absolut ohne Rachensymptom mit 1—3—5 Tage anhaltendem, manchmal hohem, ein andermal niedrigem Fieber, zumeist mit kritischer Temperaturabnahme verlaufen. Von den Komplikationen stört höchstens die Nierenentzündung die Rekonvaleszenz. Zur Zeit milder Epidemien pflegt die Zahl der von der pyogenen Mitwirkung der Streptokokken freien Fälle auf 50—60% zu kommen. Bei schweren Epidemien verläuft reiner Scharlach ganz rasch; in 2—4% ohne Streptokokkeninfektion in sehr kurzer Zeit, oft ehe der Arzt zum Kranken kommt. Deshalb kann reiner Scharlach nicht als schwere Erkrankung angesehen werden. Das ist das Resultat der bei vielen Epidemien gemachten Erfahrungen. Zu einer mörderischen Krankheit macht den Scharlach die pyogene Zugesellung der Streptokokken. Nach der Natur der Epidemie erfolgt diese Zugesellung in 10—50%. In einzelnen Epidemien aber figuriert neben den Streptokokken oder ohne diese ein anderer Mikroorganismus in mehr oder weniger Fällen als komplizierende Infektion. Staphylokokken, Pneumokokken, Krankenerreger der Diphtherie, eventuell Influenza oder Polyarthritis oder Endokarditis. In solcher Weise geben die sich zugesellenden Infektionen den Charakter der Epidemie. Man hat bezüglich der Diät und der Pflege besondere Maßregeln zu treffen, die gegen die Folgeerkrankung, die Nierenentzündung, gerichtet sein müssen. Diese Maßregeln findet Verfasser für ebenso wichtig, wenn nicht für wichtiger; die Patienten müssen in solche Umgebung kommen, die medizinisch als rein angesehen werden kann. Sie müssen tadellos rein gehalten werden, und mit ihnen sollen nur solche Individuen in Berührung kommen, die sie vom Gesichtspunkte einer neueren oder gemischten Infektion nicht gefährden. Wenn Scharlach ein Individuum von geringer Widerstandsfähigkeit befällt, muß man mit den bekannten Exzitantien, Cardiaca, tonisierenden Mitteln in den Kampf ziehen. Nach Baginsky ist das Rekonvaleszentenserum von geringer Wirksamkeit. Dieser Mangel kann durch die Quantität des Serums einigermaßen ersetzt werden, um so eher, da humanes Blutserum Serumerkrankungen weniger hervorruft. Nur gegen jene Krankheitserscheinungen kann man auf Wirkung rechnen, die zum antiskarlatinöse Immunität schaffenden Prozeß führen. Dazu gehören nicht die schwereren Rachenerkrankungen, die mit anhaltenderen Fiebern einhergehenden Gelenkentzündungen, sonstige Eiterungen, kurz Komplikationen. Auf Wirkung kann man aber bei reinen Scharlachfällen rechnen. Dies rechtfertigen die Versuche des Verfassers. Reiner Scharlach ist eine milde Erkrankung, die auch ohne jede Einmengung rasch verläuft. In seltenen Fällen wird auch ein reiner Scharlach schwer, wenn der Organismus des angegriffenen Individuums auch einen schwächeren Angriff nicht verträgt; in solchen Fällen kann das Rekonvaleszentenserum eine gute Wirkung haben, vorausgesetzt, daß es zur Zeit angewendet wird, wenn das Scharlachtoxin die Herzmuskulatur und das Nervensystem nocht nicht irrparabel zugrunde gerichtet hat. In Verbindung mit dem Serum bleiben die exzitierenden, tonisierenden und sonstigen Heilmittel indiziert. Auch in den gemischt infizierten Scharlachfällen kann das Rekonvaleszentenserum mit günstiger Wirkung angewendet werden, solange der Scharlach in der Entwicklung oder in Blüte steht; denn der Organismus wird durch das Serum mit fertigen Gegenstoffen unterstützt; aber nur gegen den Scharlach, während der Verlauf der Krankheit, soweit er durch die Koinfektion hervorgerufen ist, nicht beeinflußt wird. Das Rekonvaleszentenserum kann ein Beförderer der Syphilis oder der Tuberkulose sein. Positiver Wassermann kann in Scharlachfällen vorkommen. Negativer Pirquet wird bei größeren Kindern vergebens gesucht. Das Positivsein bedeutet bei weitem nicht, daß in dem Blute des Individuums Tuberkel sind; es genügt die eingehende Untersuchung, die den Verdacht von Syphilis und Tuberkulose ausschließt. Bei anämischen Individuen machte Verfasser Venaesektion.

Digitized by Google

In solchem Blutserum sind auch den Blutdruck steigernde Stoffe enthalten, was auf den niedrigen Blutdruck schwer Erkrankter nur vorteilhaft sein kann. Zu Injektionen benutzt Verfasssr 10—20 ccm Serum auf einmal, und er wiederholt diese Dose binnen 24—48 Stunden. Der Pulsschlag des Patienten hat sich nachher sehr oft gebessert. Zwecklos ist das Serum, wenn der Patient über das akute Stadium schon hinaus ist. Gegen die Erscheinungen der Streptokokkeninfektion versuchte Verfasser das Argentum colloidale, das Elektralgol, aber er gab es bald wieder auf. Ebenso ging es mit Chinin und seinen Präparaten. Verfasser machte auch einen Versuch mit intravenösen Einspritzungen bei Erwachsenen. Auch das Eggersche Korrosol benutzte er bei Kindern intramuskulär; manchmal wurde man vom Heilmittel ganz und gar im Stich gelassen. Verfasser hatte auch Fälle, in denen er nachher auffallend rasche Heilung konstatieren konnte; aus ihnen hat er genügend Erfahrungen mit Bezug darauf gesammelt, daß das Marmorekksche Streptokokkenserum eher schadet als nützt; das Aronson-Serum ist ebenfalls ganz wirkungslos, und das Moser-Serum hat keine genügend schätzbare Wirkung; es ist keinesfalls ein Spezifikum gegen Scharlach. Ohne Wirkung blieben Hefenpilzpräparate. Verfasser machte auch Versuche mit Autovakzin und erreichte nur in einzelnen Fällen eine bemerkbare Wirkung. Die Sabritschewskysche Antiskarlatinvakzine hat Anhänger. Verfasser ist es gelungen, solche Vakzine anzuschaffen, die aus 60% getöteter Bouillonzüchtung von reinen Streptokokken besteht. In keinem einzigen Falle bekam man die Erscheinungen, die nach der ersten Anwendung erwartet werden konnten. Aber sehr schwerkrank ist ein Patient nach der zweiten Vakzination geworden, der früher der Möglichkeit einer Scharlachinfektion ausgesetzt war. Wenn ein Scharlachkranker z. B. gegen Maserninfektion sorgsam gehütet wird, so müßte man ihn vor allem gegen Streptokokken und alle sonstigen Infektionen schützen. Die nur an einer Krankheit Leidenden sollten von solchen abgesondert sein. Die eine Koinfektion erlitten haben und nur die nach unserem Wissen mit derselben Koinfektion Behafteten sollen zusammenkommen. M. Porosz-Budapest.

Weitere Erfahrungen über die Behandlung des Scharlachs mit Salvarsan, von Lenzmann. (Ther. d. Gegenw., Juni 1914.) In dieser Arbeit berichtet L. über weitere 47 mit Salvarsan behandelte, genau beobachtete schwere Scharlachfälle und kommt zu dem Ergebnis, daß er das Salvarsan bei der Behandlung des Scharlachs nicht mehr missen möchte. Die Wirkung des Salvarsans zeigt stets etwas Typisches. Der immer wieder eintretende Erfolg einer Salvarsaninjektion ist ein Anstieg der Temperatur in den nächsten 2—4 Stunden, dem ein rasches Sinken folgt. Der Temperaturabfall erreicht den tiefsten Punkt nach 6—8 Stunden, dann steigt die Körperwärme wieder, erreicht aber die frühere Höhe nicht. Bei der zweiten Injektion wiederholt sich dasselbe Spiel, nur daß die Wirkung jetzt eine intensivere ist. Außerdem ist von allen Seiten bei der Behandlung mit Salvarsan eine Besserung des Allgemeinbefindens und eine günstige Beeinflussung der Rachenaffektion beobachtet worden. Was die Behandlungsmethode betrifft, so beginnt L. stets mit 0,15 g Neosalvarsan. Wird diese Dosis gut vertragen, gibt L. nach zwölf Stunden die zweite Dosis, bei Erwachsenen eventuell 0,3 g. Mehr als 0,8 Neosalvarsan in drei Tagen wird selten verwandt werden müssen. E. Brinitzer-Altona.

Die Behandlung des Scharlachs, von William C. Calhoun-New York, William Brady-Elmira und Harry B. Gudgel-Hazleton. (New York m. J., 4. Juli 1914.) Es sind dies drei Arbeiten, die als Folge eines Preisausschreibens bei der Redaktion des New York m. J. eingegangen sind und wovon der ersten der Preis von 25 Dollars als der besten zuerkannt wurde. C. betont in erster Linie, daß er Scharlachfieber als eine der gefährlichsten Infektionskrankheiten wegen der häufig damit verbundenen

Digitized by Google

Schädigung innerer Organe, besonders der Nieren, und daß er statt des Wortes Scharlach die Bezeichnung Scharlachfieber vorziehen würde, um die Gefährlichkeit des Leidens dem Publikum besser vor Augen zu halten. Bei leichten Fällen mit mäßigem Fieber und ohne offensichtliche Komplikationen empfiehlt C. jeden Morgen ein warmes Bad und ein bis zweimal täglich Abwaschung des ganzen Körpers mit lauem Wasser oder gleichen Teilen Wasser und Alkohol. Die schweren Formen von Scharlach sind zweierlei Art: jene mit Komplikationen von seiten des Herzens, der Nieren, des Mittelohres oder der Drüsen, und die bösartige Form, wo der Patient von Anfang an von dem Infektionsgift gleichsam überwältigt wird. Bei letzterer muß reichlich von Stimulantien Gebrauch gemacht werden, Strychnin in entsprechenden Dosen u. a. m. Brady erklärt, Asepsis von seiten des Arztes sei bei Scharlachfieber das Wichtigste, und wenn dieselbe ebenso befolgt würde wie bei chirurgischen Operationen, so würde es weit weniger Scharlach geben. Es sollten alle Absonderungen und die damit verunreinigte Wäsche des Kranken genügend desinfiziert oder zerstört werden, bevor sie aus dem Krankenraum herausgeschafft werden. Eine solche Vorsicht würde die schließliche Desinfektion oder Ausräucherung des Krankenraumes sicherlich unnötig machen, zumal die letztere nach den üblichen Methoden gar nicht imstande sei, die bekannten, in den Räumen vorhandenen Bakterien zu vernichten. Der Arzt soll einen eignen Übermantel und Gummihandschuhe tragen, wenn er den Scharlachkranken besucht. Derselbe müßte täglich ein warmes Bad bekommen, gegen das Juckgefühl gewöhnliches Öl oder noch besser 1%ige Karbollösung. Hexamethylentetramin in entsprechenden Dosen scheint B. ein gutes Vorbeugungsmittel gegen Haut- und Schleimhautkomplikationen. Gudgel betont die Wichtigkeit, von Beginn der Erkrankung an auf Nieren und Darm acht zu haben und 1—3mal täglich zu letzterem Zweoke hohe Einläufe von Kochsalzlösung zu machen. Gegen das Fieber sind kalte Waschungen oder Packungen am geeignetsten. Bei Erwachsenen sollten gegen drohende Komplikationen von seiten des Nasenrachenraumes häufiger als bisher Spülungen mit 2—4%iger Lösung einer der Silbereiweißlösungen ausgeführt werden; äußerlich ist die Applikation von heißen Breiumschlägen oder ähnlichen in allen solchen Fällen von großem unterstützenden Werte. In jedem Falle hält es G. für wichtig, den Patienten 2—3 Wochen, nachdem die Abschuppung völlig beendet ist, noch unter ärztlicher Aufsicht zu belassen. Alle Verfasser sind aber darin einig, daß strenge Isolierung und sorgsame hygienisch-diätetische Behandlung, die besonders in den ersten Wochen in flüssiger oder halbflüssiger Nahrung bestehen soll, die Angelpunkte der Scharlachtherapie bilden. M. Stern-München.

Verschiedenes.

In Toronto (Canada) wird unter Aufsicht der Universität ein als „Diarsenal" bezeichnetes Ersatzmittel für Salvarsan hergestellt.

Dr. William F. Braasch wurde Professor der Urologie an der University of Minnesota in Minneapolis, Minn.

Dr. Frederick Duvall Caruthers, gewesener Professor der Urologie am Maryland Medical College in Baltimore, ist gestorben.

Dr. Carlos John Finlay in Havana, welcher 1886 die Moskitotheorie des gelben Fiebers aufgestellt hat, ist am 20. August, 81 Jahre alt, gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

9. Oktober 1915 | Nr. 41 | Band 61

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

II. Teil.

Bei der entzündlichen Reaktion tritt in der Haut eine ganze Reihe von Veränderungen und Erscheinungen auf. Das Wesen der meisten derselben ist uns unbekannt. In dem ersten Teil meiner Studie bemühte ich mich nachzuweisen, daß das Wesen einer dieser Erscheinungen, des entzündlichen Exsudats, in der qualitativ und quantitativ veränderten Sekretion des Gewebssaftes beruht. Das Wesen der übrigen Symptome: der Gefäßdilatation, der Beschleunigung und nachträglichen Verlangsamung des Blutstroms, der Leukozytenanhäufung längs der Kapillarwände und des entzündlichen Infiltrats muß erst erforscht werden. Wir wissen, daß alle diese Erscheinungen zusammengehören, daß sie die Phasen einer Reaktion darstellen, die wir immer und bei einem jeden normalen Menschen durch Schädlichkeiten hervorrufen können, die eine Degeneration bis Nekrose des Plasmas der Gewebszellen bedingen. Aus diesem Grunde fassen wir auch alle diese Symptome zu der pathologisch-anatomischen Entität: Entzündung — Inflammatio zusammen. Die Entzündung ist demnach ein pathologisch-anatomischer Kollektivbegriff, eine Kollektivbezeichnung für eine ganze Reihe von Veränderungen und Erscheinungen im Gewebe. Diese Erscheinungen finden wir stets vollzählig im entzündeten Gewebe, aber nicht immer alle gleich intensiv entwickelt. Bald kommt die eine, bald die andere Veränderung mehr zur Geltung, und darum kann das pathologisch-anatomische Bild ein so buntes und veränderliches Bild darbieten.

Die lymphatische Reaktion besteht nur aus einem einzigen wesentlichen Symptom, i. e. aus dem Ödem des befallenen Gewebes. Das Wesen dieses Ödems ist die Ansammlung einer größeren Menge des Gewebssaftes und der Lymphe infolge plötzlicher Hypersekretion. Mit anderen Worten: dieses Ödem entsteht durch eine Änderung in der Sekretion des Gewebssaftes und der Lymphe im Sinne eines Plus. Demnach ist die lymphatische Reaktion pathologisch-anatomisch

Digitized by Google

eine Sekretionsanomalie der Lymphe. In Konsequenz dieser Erkenntnis müssen wir unser pathologisch-anatomisches System der Hautkrankheiten um diese Klasse erweitern und in dieselbe außer der Hypersekretion auch die Hyposekretion einreihen. Da es aber, wie wir im I. Teil gesagt haben, auch krankhafte Zustände in der Haut gibt, die durch einen erschwerten Abfluß der Lymphe aus einem bestimmten Gewebsbezirke der Haut bedingt sind, müssen wir außer der Anomaliae secretionis lymphae auch Anomaliae circulationis lymphae als eine besondere pathologisch-anatomische Gruppe anerkennen. Dies sei nur per parenthesin bemerkt. Für die vorliegende Studie ist nur der Schluß von Bedeutung, daß die Aufstellung einer neuen pathologisch-anatomischen Gruppe von Hautkrankheiten, der Anomaliae secretionis lymphae, notwendig und begründet ist, die wiederum in zwei Unterabteilungen a) Hypersekretion und b) Hyposekretion zerfällt.

In der vorliegenden Studie soll uns nur die Hypersekretion beschäftigen.

Wir wissen, daß die in der Haut sich abspielenden pathologisch-anatomischen Prozesse krankhafte Hautveränderungen hervorrufen, die wir als primäre Hauteffloreszenzen bezeichnen. Wir wollen nun sehen, welche Effloreszenzen die Entzündung und welche die Hypersekretion der Lymphe auf der Haut hervorzurufen imstande sind.

I. Entzündliche Effloreszenzen. Es wurde bereits oben gesagt, daß sich die Entzündung aus einer ganzen Reihe von im Hautgewebe sich abspielenden Erscheinungen zusammensetzt, die stets zugegen sind, aber nicht immer in der gleichen Intensität. Und darin liegt der Hauptgrund für die Buntheit und den Polymorphismus der primären entzündlichen Effloreszenzen.

1. Die Makula (eventuell eine größere entzündete Fläche) entsteht dann, wenn im Vordergrunde der pathologisch-anatomischen Entzündungssymptome die Dilatation der Blutgefäße und deren Überfüllung mit Blut steht. Dabei ist die Menge des Exsudats und Infiltrats so gering, daß sie die erkrankte Partie nicht über das Niveau der gesunden Umgebung emporzuheben vermag und höchstens nur diaskopisch sichtbar werden kann.

2. Die Papula und das Tuberkulum unterscheiden sich nur durch die Größe. Beide entstehen dann, wenn die Menge des Exsudats oder des Infiltrats oder beider zugleich so groß ist, daß sich das durchtränkte oder infiltrierte Gewebe über seine Umgebung erhebt.

3. Die Blase entsteht, wenn von den entzündlichen Erscheinungen die seröse Exsudation in den Vordergrund tritt und der Prozeß in den obersten Hautschichten lokalisiert ist. Aber auch da muß noch eine

Digitized by Google

doppelte Art der Entstehung dieser Effloreszenz unterschieden werden. Zunächst kann das entzündliche seröse Exsudat, wenn die Spitzen der Papillen ergriffen sind und die gesteigerte Sekretion des Gewebssaftes die Kapillaren des subepithelialen Netzes betrifft, entweder in die interepithelialen Lymphspalten eindringen und die Epidermiszellen auseinander drängen oder die Epidermis in ihrer ganzen Dicke von den Papillen abheben. Die Entstehung derartiger Blasen bezeichnen wir als mechanisch (Verdrängungsblasen). Ihre Entstehung wird erleichtert, wenn die gegenseitige Kohärenz der epidermoidalen Zellen oder die Kohärenz der Epidermis mit der Oberfläche der Papillen auf irgend eine Weise abnimmt. Darum sehen wir, daß auf schwitzenden Füßen viel leichter Blasen durch Schuhdruck entstehen als auf trockenen, nicht schwitzenden Füßen. Die mit Schweiß getränkte und durch ihn mazerierte Epidermis hat eine Einbuße an Kohärenz ihrer Zellen untereinander und mit der Oberfläche der Papillen erlitten und gibt daher dem durch die mechanische Dermatitis entstandenen serösen Exsudat leichter nach.

Zweitens kann bei einer Entzündung eine Blase dadurch entstehen, daß die die Entzündung hervorrufende Schädlichkeit die Zellen der Epidermis selbst befällt. Diese degenerieren, verfallen eventuell auch der Nekrose, und ihr Protoplasma, das eine andere Ernährung braucht, bewirkt eine Änderung in der Sekretion des Gewebssaftes, erzeugt ein entzündliches Exsudat, das es zu sich dirigiert. Auf diese Weise entstehen die sogenannten entzündlichen Degenerationsblasen. Gewiß können verschiedene Schädlichkeiten auch verschiedene Arten der Degeneration des Zellplasmas hervorrufen. Daher stammen die verschiedenen Formen der Degeneration der Epithelzellen bei den Degenerationsblasen, die man beschrieben hat: die ballonierende Degeneration, die Weigertsche Koagulationsnekrose, die kolliquative Degeneration, die Alteration cavitaire, die retikulierende Degeneration usw. Mag aber die entzündliche Blase auf diese oder jene Weise entstehen, stets muß das entzündliche Exsudat vorwiegend seröser Art sein und darf nur wenig leukozytäre Elemente enthalten.

4. Anderenfalls, wenn das entzündliche Exsudat viel Leukozyten enthält, entsteht jene entzündliche Effloreszenz, die wir als Pustula bezeichnen.

Sämtliche Entzündungssymptome richten sich, wie bereits im I. Teil gesagt wurde, nach den Bedürfnissen des geschädigten Zellprotoplasmas und daher auch nach der Art der Beschädigung, nach der Art der Degeneration und daher letzten Endes auch nach der Qualität der Schädlichkeit. Daher sehen wir, daß bei Entzündungen aus einer bestimmten Schädlichkeit — pyogene Mikroben — stets eine eitrige Entzündung ent-

Digitized by Google

steht, ein andermal aber eine vorwiegend seröse Exsudation eintritt, z. B. infolge exzessiver Temperaturen.

Ich bemerke nochmals, daß wir unter Entzündung eine ganze Reihe krankhafter Erscheinungen im Gewebe verstehen, die durchweg an der Bildung aller genannten entzündlichen Effloreszenzen teilnehmen, nur nicht immer alle mit gleicher Intensität. Da jede dieser Komponenten der klinischen Erscheinungsform der Entzündung ein besonderes Symptom verleiht, finden wir immer bei allen entzündlichen Effloreszenzen, mag es sich um eine Makula, Papula, Vesikula oder Pustula handeln, klinische Symptome, die aus allen jenen Erscheinungen hervorgegangen sind.

II. Effloreszenzen durch die lymphatische Reaktion, durch Hypersekretion von Lymphe. Die plötzliche Hypersekretion der Lymphe wird von einer einzigen pathologisch-anatomischen Erscheinung im Gewebe begleitet: von der ödematösen Durchtränkung, also einer Dilatation der Lymphkapillaren und Lymphspalten, und einer Überfüllung derselben mit Lymphe. Daher sind auch die aus der lymphatischen Reaktion hervorgehenden klinischen Erscheinungsformen, die primären Effloreszenzen derselben, viel einfacher als jene der entzündlichen Reaktion, bei der sich, wie wir gesehen haben, eine ganze Reihe von Erscheinungen im Gewebe abspielt, deren jede in dem Bilde der Effloreszenz verschieden intensiv zur Geltung kommt. Bei der lymphatischen Reaktion kann sich nur die Menge der hypersezernierten Lymphe und die Lokalisation des Prozesses ändern. Daher kann auch die Zahl dieser klinischen Erscheinungsformen, also der primären Effloreszenzen, die aus der lymphatischen Reaktion hervorgehen, nicht so groß sein wie bei der entzündlichen Reaktion.

Von den klinischen Morphen der lymphatischen Reaktion ist am bekanntesten die Urtika, die Urtikariaquaddel, eine typische, charakteristische Effloreszenz. Sie entsteht, wenn das lymphatische Ödem sich in der Pars reticularis corii etabliert. Je nach der Ausdehnug der erkrankten Partie und der Menge der hyperproduzierenden Lymphe ist sie entweder klein, linsen- bis erbsengroß, oder von größeren Dimensionen, nußgroß oder noch größer. Je größer sie ist, desto mehr greift auch das Ödem in die Tiefe. In exzessiven Fällen kann das Ödem die Größe eines Pfirsichs oder eines Eies erreichen; in solchen Fällen reicht es bis ins subkutane Bindegewebe. Dann spricht man aber nicht mehr von einer Quaddel, sondern einfach von einem akuten Ödem.

Über der Urtika erhebt sich, besonders oft bei der Urtikaria der Kinder, eine auf mechanische Weise entstandene Blase, ganz ähnlich wie die mechanische Abart der entzündlichen Blasen entsteht, also entweder durch Auseinanderdrängen der epidermoidalen Zellen voneinander oder

Digitized by Google

durch Abhebung der Epidermis von den Papillen durch die urtikarielle Flüssigkeit. Dies kann auf analoge Weise geschehen wie bei der Entzündung, also dann, wenn das Ödem außer der Pars reticularis corii auch die Papillen und eventuell auch die Epidermis ergriffen hat. Entwickelt sich aber das Ödem nur in den Papillen und in der Epidermis, ohne daß gleichzeitig auch die mittleren Schichten des Koriums mit ergriffen wären, dann entsteht eine auf ganz normaler, klinisch weder entzündlich noch urtikariell veränderter Basis sitzende Blase, die allerdings nur mechanisch entstanden ist. Degenerative Blasen, wie sie bei der Entzündung vorkommen können, sind bei der lymphatischen Reaktion unmöglich. Für diese Blasen, die aus der lymphatischen Reaktion hervorgehen und die einer normalen, weder entzündlich, noch urtikariell veränderten Basis aufsitzen, gibt es noch keine klinische Bezeichnung. Ich schlage für sie die Bezeichnung Pemphigusblasen vor, weil sie, wie ich gleich näher auseinandersetzen werde, eine Hauterkrankung, den Pemphigus, ebenso charakterisieren, wie die Urtika die Urtikaria charakterisiert.

Aus der lymphatischen Reaktion können also folgende Hauteffloreszenzen hervorgehen:

1. das akute Hautödem,
2. die Urtica,
3. die Urtica bullosa,
4. die Bulla pemphigosa.

Alle diese Effloreszenzen sind klinische Erscheinungsformen ein und desselben pathologisch-anatomischen Prozesses. Die Verschiedenheit ihres Aussehens hängt nur davon ab, wieviel Gewebe von dem Ödem ergriffen ist, speziell wie tief dieses Ödem in die Haut eindringt. Wenn wir auf dem Standpunkt der Heidenheinschen Hypothese stehen, daß nämlich das lymphatische Ödem durch Hypersekretion des Endothels der Blutkapillaren entsteht, dann sehen wir, daß die Lagerung des lymphatischen Ödems und daher auch die aus ihm hervorgehenden klinischen Morphen im Einklang stehen mit unseren Kenntnissen von der Verästelung der Blutgefäße in der Haut respektive von dem dreifachen Gefäß- und Kapillargeflecht der Haut: dem subkutanen, dem subpapillären und dem subepithelialen.

Eine Pustel kann bei der lymphatischen Reaktion niemals entstehen; denn das Wesen dieser Reaktion beruht einzig und allein in der quantitativ, niemals aber in der qualitativ veränderten Sekretion des Gewebssaftes wie bei der entzündlichen Reaktion. Die aus der lymphatischen Reaktion hervorgegangene Blase kann sich zwar auch trüben, aber immer nur sekundär usw. dadurch, daß es entweder durch den Druck der Blasen-

Digitized by Google

flüssigkeit auf die Umgebung oder durch Sekundärinfektion mit Eiterkokken zu degenerativen Veränderungen des Plasmas der umgebenden Gewebszellen und auf diese Weise zu einer entzündlichen Reaktion mit allen ihren Folgeerscheinungen kommt.

Alle genannten Effloreszenzen, die ausschließlich Produkte des Ödems infolge Hypersekretion des Gewebssaftes darstellen, entbehren jene Symptome, um welche die aus dem entzündlichen Ödem hervorgehenden Effloreszenzen mehr besitzen. Man kann daher die klinischen Erscheinungsformen, die durch die entzündliche Reaktion hervorgegangen sind, von jenen ganz gut unterscheiden, die durch die lymphatische Reaktion bedingt sind, auch wenn einige derselben sich manchmal sehr ähnlich sind. Mit anderen Worten: es ist ganz gut möglich, gegebenenfalls aus dem Aussehen der Effloreszenzen eine pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen. Dieser Diagnosenstellung lege ich, wie ich seinerzeit in einer anderen Publikation dargelegt habe, große Bedeutung bei. Meine Hörer fordere ich immer auf, in einem jeden Falle die Krankheit zuerst pathologisch-anatomisch zu bestimmen. Wenn eine richtige pathologisch-anatomische Diagnose sonst keinen anderen Nutzen haben sollte, wird sie den Arzt wenigstens zu dem Versuch anspornen, den gegebenen Fall bis ins Detail zu untersuchen und sich zu hüten, per comparationem zu diagnostizieren, d. h. durch die übliche und oberflächliche Vergleichung des gegebenen Falles mit einem ähnlichen, den er etwa noch aus der Studienzeit im Gedächtnis hat. Der Arzt, der zuerst eine pathologisch-anatomische Diagnose stellt, kann z. B. niemals Hautsyphilis mit Karzinom verwechseln. Die Syphilis ist eine Entzündung, das Karzinom eine Neubildung. Die pathologisch-anatomischen Vorgänge sind bei beiden ganz verschieden; daher sind auch ihre klinischen Erscheinungsformen ganz verschieden. Jede der beiden Krankheiten verleiht je nach ihrer Natur der Hauteffloreszenz besondere Symptome, auf Grund deren man eben auf die Ursache der Effloreszenz, d. i. auf deren pathologisch-anatomische Grundlage, einen Rückschluß ziehen kann. Wenn sich der Arzt dieser Tatsache bewußt ist, wird er sich selbst durch eine noch so frappante Ähnlichkeit des karzinomatösen Geschwürs mit dem syphilitischen nicht beirren lassen. Daran ist es aber noch nicht genug. Wenn der Arzt in einem ihm unklaren Falle wenigstens eine pathologisch-anatomische Diagnose stellen kann, dann wird er sich über seinen Fall viel eher in einem Lehrbuch orientieren als jener, der eine derartige Analyse der Hautkrankheiten nicht gelernt hat.

Auch die Entzündung und die Hypersekretion der Lymphe verleihen ihren Effloreszenzen, wie bereits oben erwähnt wurde, so eigentümliche Charaktere, daß wir gegebenenfalls aus diesen Symptomen ganz gut

Digitized by Google

einen Schluß ziehen können auf die pathologisch-anatomische Natur dieser Effloreszenzen respektive in dem einen wie in dem anderen Fall eine richtige pathologisch-anatomische Diagnose stellen können.

Eine jede pathologisch-anatomische Gruppe enthält eine größere oder kleinere Anzahl in bestimmter Weise verlaufender, selbständiger klinischer Typen, eine größere oder kleinere Anzahl von Hautkrankheiten. Die Ordnung der einzelnen Gruppen konnte bis jetzt nicht nach einem einheitlichen Gesichtspunkt durchgeführt werden. Ja, nicht einmal innerhalb einer einzelnen Gruppe war die Gruppierung nach einem einheitlichen Prinzip möglich. Um dies an meinen zwei Gruppen zu beweisen, möchte ich daran erinnern, daß wir in der Gruppe der auf entzündlicher Basis beruhenden Hautkrankheiten mehrere Einteilungsprinzipien unterscheiden. Zunächst das ätiologische Moment. Nach diesem unterscheiden wir eine Dermatitis calorica, traumatica, erysipelatosa, scarlatinosa, variolosa, neurotica usw. Sodann das Lokalisationsprinzip: Akne, Follikulitis, Furunkulus, Impetigo, Ekthyma usw. Außerdem aber halten wir in dieser Gruppe noch an dem ältesten Einteilungsprinzip, i. e. der äußeren Form der Hauteffloreszenzen fest, und unterscheiden danach: Lichen ruber planus und acuminatus, Psoriasis, Pityriasis rubra, Dermatitis exfoliativa usw.

In der Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae, Unterabteilung Hypersekretion, können wir uns auf Grund unserer heutigen Kenntnisse nur an die äußere Form als Einteilungsmoment halten. Wir haben gesagt, daß die Hypersekretion der Lymphe auf der Haut dreierlei Effloreszenzen hervorrufen kann: a) das akute umfangreiche lymphatische Ödem, b) die Urtika, c) die Pemphigusblase. Wenn wir also diese Gruppe nach der äußeren Form der Effloreszenzen einteilen wollen, können wir die folgenden selbständigen klinischen Typen, die folgenden Hautkrankheiten, hierher zählen:

1. Das akute Quinckesche Ödem, das durch eine akute lymphatische Schwellung einer zirkumskripten pfirsichgroßen oder noch größeren Partie der Haut und des Unterhautbindegewebes charakterisiert ist.

2. Die Urtikaria, eine durch das Auftreten von Urtikariaquaddeln in der Haut charakterisierte Krankheit.

3. Den Pemphigus, eine Krankheit, die durch Pemphigusblasen charakterisiert ist, i. e. durch Blasen, die normaler, also weder entzündeter noch urtikarieller Haut aufsitzen.

Durch die bisherigen Erwägungen gelangten wir, wie man sieht, zur Aufstellung einer pathologisch-anatomischen Basis für Hautkrankheiten, die bisher in dem pathologisch-anatomischen System nicht untergebracht werden konnten. Daß der von uns eingeschlagene Weg richtig ist, geht

Digitized by Google

am besten daraus hervor, daß das aus dieser theoretischen Erwägung der pathologisch-anatomischen Veränderungen beim Pemphigus deduzierte Bild mit jenem Bilde genau übereinstimmt, das in den Lehrbüchern auf Grund der Autopsie, des direkten Studiums der histologischen Veränderungen der Krankheitsfälle selbst, entworfen wird. Ich zitiere z. B. wahllos aus dem Lehrbuche von JARISCH: „Mehr Übereinstimmung herrscht in dem Punkte, daß die Blasen von vorne herein einkammerig sind und daß mehr mechanische als degenerative Vorgänge bei ihrer Entwicklung im Spiele seien. Dafür spricht nicht nur der Umstand, daß an den einzelnen Retezellen wenigstens im Beginne der Blasenbildung keinerlei Degenerationserscheinungen vorliegen, sondern auch die Angabe vieler Autoren, welche den Sitz der Blasen in die Epidermis selbst verlegen, daß der Blasengrund zumeist von einem längsfächerigen Bau sei, d. h. die Retezellen offenbar infolge mechanischer Kräfte in die Länge gezogen erscheinen. Auffällige Veränderungen zeigt die Pars papillaris corii. Vor allem dominiert ein Ödem, welches sich teils durch Spalten- und Lückenbildung, teils aber durch eine eigentümliche Verlagerung der Bindegewebs- und elastischen Fasern verrät."

Iw. BLOCH schreibt in UNNAS Lehren: „Sie (die Blasen) stellen überall einfache Epidermisabhebungen dar, auf wesentlich unveränderter Kutis. An Stelle der Blasen besteht weder eine entzündliche Hautveränderung, noch ein umschriebenes Ödem oder eine Blutung."

Daß JARISCH ein Ödem des papillären Anteils des Koriums beschreibt, während BLOCH betont, daß im Korium kein Ödem vorhanden ist, darf uns nicht überraschen. Im Gegenteil, nach unseren Ausführungen müssen beim Pemphigus Fälle ohne Ödem und Fälle mit Ödem des papillären Anteils existieren. Sind doch die letzteren nur der Übergang zum urtikariellen Ödem, von dem wir wissen, daß es den Pemphigus oft einleitet oder auch erst im Verlaufe desselben auftritt.

Das auf histologischem Studium basierte pathologisch-anatomische Bild des Pemphigus stimmt, wie man sieht, genau mit jenen Veränderungen überein, die wir auf Grund unserer Erwägung theoretisch a priori konstruiert haben.

Doch nicht genug daran. Durch unsere Erwägung gelangten wir zu einer Präzisierung des klinischen Begriffes des Pemphigus, der bis jetzt in unseren Lehrbüchern ungemein unklar war. Zum Beweise dessen zitiere ich aus dem Lehrbuch von M. JOSEPH, 7. Auflage: „Wir verstehen hierunter (Pemphigus) das Auftreten von Blasen auf der Haut und den Schleimhäuten. Aber nur die Erkrankung ist als Pemphigus zu bezeichnen, bei welcher die Blasen sich in gewissen Abständen wiederholen und dadurch zu einem chronischen Verlauf führen. In dieser Definition ist

Digitized by Google

ausgedrückt, daß wir eine akut auftretende bullöse Eruption nicht als Pemphigus bezeichnen."

Jarisch spricht sich folgendermaßen aus: „Pemphigus ist kein klarer klinischer Begriff. Ein Überblick über die Summe der mit diesem Namen belegten Krankheiten lehrt, daß die Bildung von Blasen einzig und allein das Bindeglied herstellt, welches eine Reihe von zeitlich und örtlich different verlaufenden und auch morphologisch verschiedenen Krankheitsprozessen zusammenhält. Alle Versuche, den Begriff des Pemphigus mehr einzuengen, haben bisher mit nur geringfügigen Ausnahmen zu einem unbestrittenen Resultate nicht geführt und müssen insolange als verfrüht bezeichnet werden, als wir über die Pathogenese der bezüglichen Erkrankungen nicht besser unterrichtet sind und die Symptomatologie in ihrem ganzen Umfange nicht besser beherrschen als dies heute der Fall ist."

Ich könnte noch eine ganze Reihe derartiger Zitate nicht bloß aus der deutschen, sondern auch aus anderen Literaturen anführen.

Durch den Beweis, daß die lymphatische Reaktion als selbständige pathologisch-anatomische Entität, i. e. als Anomaliae secretionis lymphae, existiert und durch die Hervorhebung des prinzipiellen Unterschiedes zwischen den aus dieser Reaktion auf der Haut entstandenen Blasen und den durch die entzündliche Reaktion hervorgerufenen Blasen glaube ich, daß es mir gelungen ist, den klinischen Begriff des Pemphigus zu determinieren und zu stabilisieren. Wir bezeichnen als Pemphigus krankhafte Zustände der Haut, die durch die Eruption von durch die lymphatische Reaktion hervorgerufenen Blasen oder — wie wir diese Blasen zu benennen vorschlagen — von Pemphigusblasen auf der Haut oder Schleimhaut charakterisiert sind. In analoger Weise bezeichnen wir als Urtikaria jene krankhaften Zustände der Haut, die sich durch die Eruption besonders charakterisierter, durch die lymphatische Reaktion hervorgerufener und unter der Bezeichnung Urtikariaquaddel, Urtika, bekannter Hauteffloreszenzen auszeichnen.

Aus unserer Erwägung geht hervor, daß pathologisch-anatomisch zwischen Urtikaria und Pemphigus kein prinzipieller Unterschied besteht, sondern im Gegenteil beide Krankheiten die absolut gleiche pathologisch-anatomische Grundlage besitzen. Ein Unterschied zwischen beiden besteht nur in der Lokalisation, in der Frage, wo sich die Veränderungen in der Haut abspielen. Bei der Urtikaria ist es das Korium, beim Pemphigus die Epidermis. Wenn diese Deduktion richtig ist, muß sich begreiflicherweise die Verwandtschaft dieser beiden pathologischen Prozesse entsprechend ihrer pathologisch-anatomischen Verwandtschaft auch

Digitized by Google

klinisch äußern. Für das Vorhandensein einer solchen klinischen Verwandtschaft können wir eine Reihe von Beweisen anführen. Zunächst ist es bekannt, daß der Pemphigus sehr häufig als Urtikaria beginnt und manchmal lange Zeit unter diesem Bilde verläuft. Auch kommt es im späteren Verlaufe des Pemphigus häufig zu urtikariellen Eruptionen. Desgleichen wissen wir, daß bei der Urticaria pigmentosa der Kinder sehr häufig ein Stadium eintritt, in dem wir, wenn wir nicht den ganzen Verlauf der Krankheit kennen würden, nach dem klinischen Aussehen schwerlich an Urtikaria, sondern eher an Pemphigus denken würden. Sowohl im Verlaufe der Urtikaria als auch im Verlaufe des Pemphigus kann also die eine Form des Exanthems sehr häufig die andere substituieren.

Sodann wird die erwähnte Verwandtschaft durch die auffallende Ähnlichkeit in dem Auftreten des Exanthems bei den beiden Krankheiten bewiesen. Beide Arten von Effloreszenzen, sowohl die Urtika als auch die Pemphigusblase, entstehen plötzlich. Die Urtika kann diskoid sein, hirsen- bis kronengroß, aber noch kleiner oder größer; oder sie ist annulär, serpiginös. Ebenso kann die Pemphigusblase vereinzelt, stecknadelkopf- bis nußgroß und noch größer sein, oder sie kann zu serpiginösen, zirzinären und annulären Gebilden gruppiert sein.

Nicht weniger deutlich geht die Verwandtschaft zwischen Urtikaria und Pemphigus hervor, wenn wir den Verlauf beider und ihre klinischen Typen miteinander vergleichen. Nur müssen wir unsere bisherige Terminologie beim Pemphigus ein wenig korrigieren, so wie wir dies bei der Urtikaria bereits getan haben. So wie wir als chronische Urtikaria nicht mehr jene Form der Urtikaria bezeichnen, die zwar lange dauert, die aber eigentlich aus sich wiederholenden Eruptionen der akuten Urtikaria besteht, sondern die Bezeichnung chronische Urtikaria bloß für jene Fälle reservieren, bei denen die Quaddeln oder das sie bedingende Hautödem wochen- und monatelang auf derselben Stelle persistiert, müssen wir auch den Pemphigus korrigieren. Das, was wir bis jetzt als Pemphigus chronicus vulgaris bezeichnen, ist eigentlich kein chronischer Pemphigus, i. e. ein Zustand, der durch eine kontinuierliche langdauernde Hypersekretion von Lymphe auf derselben Hautstelle hervorgerufen wäre, so wenig als jene Urtikaria eine chronische Urtikaria ist, die wir heute ganz richtig als Urticaria recidivans bezeichnen, bei der das auf einer Stelle entstandene Ödem rasch wieder verschwindet, um früher oder später anderswo wieder zum Vorschein zu kommen. Allerdings können wir beim Pemphigus über die Akuität und Chronizität des Prozesses nicht nach demselben Kriterium beurteilen wie bei der Urtikaria. Das urtikarielle Ödem kann, sobald seine Ursache verschwunden ist, sich schnell

Digitized by Google

resorbieren und verschwinden. Mit ihm verschwindet auch die aus demselben hervorgegangene Effloreszenz, die Urtika. Wir können also bei der Urtikaria folgende Erwägungen anstellen: solange die Urtika auf der Haut besteht, besteht auch das Ödem des Koriums und besteht auch die Hypersekretion der Lymphe an der betreffenden Stelle. Wenn also die Urtika schnell verschwindet, dann wissen wir, daß die Hypersekretion an der betreffenden Stelle nur kurze Zeit bestand oder daß es sich um einen rasch verlaufenden Prozeß handelt. Daher bezeichnen wir eine Urtikaria, die durch rasch verschwindende Quaddeln charakterisiert ist, als Urticaria acuta. Stellt sich ein neuer Anreiz zur Hypersekretion ein, dann tritt eine neue Eruption auf, die, wenn der Reiz nur kurze Zeit anhält, wiederum rasch verschwindet. Daraus resultiert eine Reihe sich wiederholender Anfälle akut verlaufender Quaddeleruptionen, i. e. eine Urticaria acuta recidivans.

Es gibt aber auch Fälle von Urtikaria, bei denen die Quaddel auf ein und derselben Hautstelle Wochen und Monate dauert. Wenn aber die Quaddel bleibt, bleibt auch das Ödem, aus dem die Quaddel hervorgegangen ist, und ebensolange dauert auch die Hypersekretion der Lymphe. Deshalb sprechen wir in derartigen Fällen mit Recht von einer Urticaria chronica oder, wie der neuere Ausdruck lautet, von einer Urticaria perstans.

Beim Pemphigus sind die Verhältnisse insofern anders, als die Flüssigkeit der Pemphigusblase nicht verschwinden kann, sobald die Ursache zu wirken aufgehört hat. Dazu sind die anatomischen Verhältnisse in der Epidermis nicht geeignet. Daher bleibt hier die Blase auf der Haut bestehen, wenn der Reiz zur Hypersekretion schon längst aufgehört hat zu wirken. Die Dauer der Blase ist nicht synchron mit der Dauer der fundamentalen Krankheitsursache wie dies bei der Urtikariaquaddel der Fall ist. Wir können also beim Pemphigus aus der Dauer der durch den krankhaften Prozeß hervorgerufenen Effloreszenz keinen Schluß ziehen auf den akuten oder chronischen Charakter dieses Prozesses, sondern brauchen zu dieser Differenzierung ein anderes Kriterium. Ein kurz dauernder, plötzlich ansetzender Reiz zur Hypersekretion von Lymphe in einen bestimmten Epidermisbezirk ruft in diesem eine Blase hervor; sonst keine anderen Veränderungen. Wenn aber die Hypersekretion der Lymphe mit der Entwicklung der Blase nicht aufhört, sondern auf derselben Stelle weiter dauert, stellt sich eine Durchtränkung der Epidermis ein. Wir haben schon oben bei der Besprechung der entzündlichen Blasen gesagt, daß die durchtränkte Epidermis an Kohärenz einbüßt und daß man dann mit den kleinsten mechanischen Reizen Blasen auf ihr hervorrufen kann. (Blasenbildung auf Schweißfüßen.) Es ist begreiflich,

Digitized by Google

daß bei noch längerer Dauer des Prozesses und intensiver Hypersekretion der Lymphe die Durchtränkung der Epidermis zu deren Verweichung führen kann. Dann verwandelt sich die Hautoberfläche in eine rote, weiche, nässende Fläche, auf der keine Blase mehr entstehen kann. Wenn demnach die Hypersekretion der Lymphe, aus der die Pemphigusblasen hervorgegangen sind, plötzlich eingetreten und rasch wieder verschwunden ist, dann kommt es zu einer akuten Durchtränkung, die zwar von der Stelle, auf der sie entstanden ist, nicht wieder schnell verschwinden kann, selbst wenn kein neuer Impuls mehr aufgetreten ist, die aber außer Blasen keine anderen Veränderungen auf der Haut hervorruft. Bis jetzt handelt es sich also um einen der akuten Urtikaria analogen Zustand, um einen akuten Pemphigus, selbst wenn einige Zeit nach dem ersten Impuls ein zweiter und dritter auftritt, der neue Blasen entstehen läßt, und selbst wenn diese Wiederholung neuer Impulse ein Jahr und noch länger dauert. Immer müssen wir einen solchen Pemphigus als akut bezeichnen, wie wir dies auch bei der Urtikaria tun, nur müssen wir mit Rücksicht auf die Wiederholung der Attacken das Adjektivum recidivans hinzusetzen. Sobald aber beim Pemphigus das Nikolskysche Symptom auftritt, sobald wir also durch leichten Druck auf die Haut eine Blase hervorrufen oder durch Druck auf eine bestehende Blase mittels der verdrängten Flüssigkeit derselben die benachbarte Epidermisschichte unterminieren können, wissen wir, daß sich die Epidermis verändert hat, daß sie durch die dauernde Durchtränkung an Kohärenz eingebüßt hat. In gleicher Weise können wir auf eine dauernde und intensive Durchtränkung der Epidermis schließen, sobald sich die Verweichung derselben einstellt. In beiden Fällen sind wir zu der Vermutung berechtigt, daß ein beständiger Strom von hypersezernierter Lymphe zu dem betreffenden Hautbezirk fließt oder daß wir hier ein ähnliches chronisches Ödem der Epidermis vor uns haben wie bei der chronischen Urtikaria, die wir heutzutage besser als perstans bezeichnen. Daher können wir auch nur in diesen Fällen die Bezeichnung Pemphigus chronicus respektive perstans anwenden. Das sind Pemphigustypen, die uns unter dem Namen Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans bekannt sind.

Nach diesen Auseinandersetzungen dürfte es sich erübrigen, die klinische Ähnlichkeit der Urtikaria und des Pemphigus näher zu begründen und zu beweisen. Man kann ohne weiteres einem jeden Typus der Urtikaria einen ganz analogen Typus des Pemphigus gegenüberstellen, beginnend mit der lokalen Urtikaria infolge einer Reizung von außen, deren Analogon wir in der Hydroa aestivale erblicken, bis zum Pemphigus vegetans und Kreibichs Urticaria vegetans. In der klinischen Verwandtschaft dieser beiden Krankheiten erblicken wir eine Bestätigung der aus

Digitized by Google

unserer Erwägung fließenden Deduktion über die pathologisch-anatomische Verwandtschaft der beiden Prozesse und über die Berechtigung, dieselben in eine und dieselbe pathologisch-anatomische Gruppe einzureihen. Möglicherweise stehen sich diese beiden Krankheiten auch ätiologisch sehr nahe, doch fällt dies nicht mehr in den Rahmen dieser Abhandlung. Daß prognostisch manche Typen der beiden Affektionen so sehr voneinander abweichen, darf uns nicht beirren. Die hypersezernierte Lymphe geht dem Organismus bei Urtikaria nie verloren, beim Pemphigus aber immer. Deswegen ist der rezidivierende und chronische Pemphigus prognostisch stets eine weit ernstere Erkrankung als der analoge Urtikariatypus; ganz abgesehen davon, daß auch das ätiologische Moment hier vielleicht eine sehr wichtige Rolle spielen könnte.

Es ist nun leicht begreiflich, daß die Epidermis, sobald sie infolge des persistierenden lymphatischen Ödems aufquillt und erweicht, aufhört, ein genügender Schutz für den Organismus zu sein, so daß infolgedessen das Zellplasma des Hautgewebes zahllosen Reizen und Schädlichkeiten ausgesetzt ist, die eine Degeneration des Plasmas und daher auch die aus der entzündlichen Reaktion hervorgehenden pathologischen Erscheinungen bedingen. Das geschädigte Zellplasma besorgt und dirigiert nach unserer Hypothese über die entzündlichen Erscheinungen diese Erscheinungen selbst, und daher sind, wie übrigens auch aus der Literatur hervorgeht, die entzündlichen Veränderungen bei den chronischen Formen des Pemphigus — chronisch in unserem Sinne — so konstant und so verschieden. Keineswegs aber berechtigen uns diese entzündlichen Veränderungen zu der Annahme, daß diese Formen des Pemphigus eigentlich Krankheiten auf entzündlicher Basis wären. Denn diese entzündlichen Veränderungen sind ein sekundäres Symptom, das nicht durch den ursprünglichen pathologisch-anatomischen Prozeß bedingt ist, sondern durch andere, sekundäre Faktoren, denen der ursprüngliche pathologisch-anatomische Prozeß nur den Boden vorbereitet hat. Können sich doch, wie wir schon oben erwähnt haben, auch beim akuten Pemphigus infolge Sekundärinfektion oder vom durch Druck der Blasenflüssigkeit geschädigten Zellplasma aus entzündliche Erscheinungen einstellen. Klassifizieren können wir aber die Hautkrankheiten einzig und allein nach der primären Effloreszenz, d. i. nach jener, die das Produkt des originären pathologisch-anatomischen Prozesses selbst ist. Die sekundären Veränderungen können uns höchstens als Basis zur Aufstellung besonderer klinischer Unterabteilungen dienen. Die fundamentale Effloreszenz der (in unserem Sinne) chronischen Pemphigusformen (foliaceus und vegetans) ist die Blase auf normaler, weder entzündeter, noch urtikarieller Basis, also jene Blase, die wir zum Unterschiede von der entzündlichen Blase als Pemphigus-

Digitized by Google

blase zu bezeichnen vorgeschlagen haben. Daher sind auch diese beiden Krankheiten das Produkt der lymphatischen und keineswegs der entzündlichen Reaktion. Sie gehören also nicht in die Gruppe der Hautentzündungen, sondern in die Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae.

Aus demselben Grund wird man auch die bisherige Gruppe der Pemphigi von allen Dermatitiden reinigen müssen: der Dermatitis herpetiformis, vegetans, Pyodermite vegetante usw. Entweder ist die primäre Effloreszenz der Krankheit eine Pemphigusblase, dann gehört die Krankheit zum Pemphigus, oder die Effloreszenz trägt Zeichen an sich, die darauf hinweisen, daß sie auf einer Entzündung der Haut beruht, dann müssen wir die durch diese Effloreszenz charakterisierte Krankheit zu den Entzündungen zählen, selbst wenn diese primäre Effloreszenz eine Blase und eventuell eine mechanische, durch ihre Entstehung der Pemphigusblase so ähnliche Blase wäre. In Zukunft wird man die Pemphigusblasen von den entzündlichen ebenso streng unterscheiden müssen, wie wir heute schon z. B. die entzündlichen Papeln von den durch Neubildung entstandenen unterscheiden.

Ebenso wie die entzündliche, können wir auch die lymphatische Reaktion auf der Haut eines jeden gesunden Menschen hervorrufen, wenn wir einen geeigneten Reiz von genügender Intensität anwenden. Bei einem jeden gesunden Menschen entsteht eine Entzündung der Haut, wenn wir seine Haut mit heißem Wasser begießen, und ein jeder gesunde Mensch bekommt Urtikariaquaddeln, wenn wir seine Haut mit Brennesseln berühren. Es gibt aber auch Menschen, deren Haut sich nach Schädigungen entzündet, die bei anderen Menschen erfolglos bleiben. Das ist auch Laien bekannt. Diese wissen, daß bei manchen Menschen alles eitrig wird, alles sich entzündet, während bei anderen Menschen die Entzündung eine Seltenheit ist. In gleicher Weise verhält es sich mit der lymphatischen Reaktion. Es gibt Menschen, die einen Nesselausschlag nach dem Genusse von Speisen bekommen, die die große Mehrzahl der übrigen Menschen ohne alle Folgen genießen kann. Es gibt also Menschen, bei denen man leichter als bei anderen eine entzündliche, und Menschen, bei denen man leichter als bei anderen eine lymphatische Reaktion hervorrufen kann. Oder: es gibt Menschen, die zur entzündlichen und lymphatischen Reaktion disponierter sind als der Durchschnittsmensch. Dies ist schon längst bekannt, und es wurde auch schon viel darüber nachgedacht, worin diese Disposition beruht. Indem wir im ersten Teil unserer Studie das Wesen der beiden Reaktionen beleuchteten, gaben wir zugleich auch den Schlüssel zur Lösung dieser Frage.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Die Behandlung des Scharlachs, von HENRY C. BECKEN-New York. (New York m. J., 1. August 1914.) B. unterscheidet bezüglich der Behandlung leichte, mittelschwere und schwere Fälle, Scharlachangina, die hämorrhagische und bösartige (maligne) Form und die Komplikationen. Bei den leichten Fällen muß ebenso wie bei den schwersten der Patient vier Wochen im Bett gehalten, muß ebenso streng isoliert werden und dieselben hygienisch-diätetischen Vorschriften beobachten. Milch soll stets die Hauptnahrung bilden. Eukalyptusöl wird äußerlich wegen seiner stark antiseptischen und desinfizierenden Wirkung ebenso bei leichten wie schweren in die Haut eingerieben: da es von derselben wieder verdunstet, soll der inhalierte Dampf auch desinfizierend auf die Luftwege wirken und so die Gefahr von Ohr- und Halskomplikationen verringern. Nach erfolgter Desquamation wird es besser verdünnt mit flüssigem Vaselin (zu gleichen Teilen) angewendet. Bei den schweren und mittelschweren Fällen sind gegen Unruhe, Delirium und besonders hohe Temperaturen Abreibungen mit 50%igem Alkohol, kalte Packungen oder kühle Bäder angezeigt. Bei kleinen Kindern setzt die Krankheit oft mit Krämpfen ein: hier sind geringe Mengen von Chloroform oder Chloralklysmen zu geben; bei Herzschwäche (schlechtem Puls, schwachem Blutdruck) Tinctura Digitalis (alle vier Stunden 5—10 Tropfen). Mundhöhle und Rachen sind täglich zu untersuchen, desgleichen der Harn. Größere Kinder müssen regelmäßig (mit Kal. permangan.-Lösung) gurgeln, eventuell Eis schlucken, unmittelbar darauf werden heiße Salzeinspritzungen in Nase und Rachen gemacht. Bei den malignen Fällen sollten, außer Morphium (bei älteren Kindern) gegen den Chok und Kokain gegen das Erbrechen, warme Salzwassereinläufe, Stimulantien, Sauerstoff gegen Dyspnoe und Stupor regelmäßig angewandt werden, bei der hämorrhagischen Form ebenfalls alle genannten Mittel, wenn sie hier auch meist vergebens sein werden. Von den Komplikationen sind Nephritis, Otitis media, Lymphadenitis cervicalis, Rheumatismus und Vulvovaginitis die wichtigsten, aber auch Endo-, Myo- und Perikarditis, Pleuritis und Peritonitis kommen vor. Was die speziellen Vorbeugungsmaßnahmen betrifft, so sollen aus dem Isolierraum alle Vorhänge, Decken, Teppiche und überflüssigen Möbel entfernt werden und nur solche Bücher und Spielsachen erlaubt sein, welche später vernichtet werden können. Bettwäsche und des Patienten Nachtkleider sollen, bevor sie aus dem Krankenzimmer gebracht und ausgekocht werden, zuerst in einen mit Kalklösung gefüllten Behälter gebracht werden. Die Dauer der Isolierung, welcher sich die Desinfektion des Krankenzimmers anschließt, beträgt wenigstens sechs, noch besser acht Wochen, dann nimmt Patient ein antiseptisches Bad (mit schwacher Sublimatlösung) und muß noch ca. 14 Tage lang bezüglich der Diät usw. überwacht werden.

M. Stern-München.

Salvarsaninfusionen bei Scharlach, von F. GLASER. (D. m. W., 1914, Nr. 38.) Verschiedene Beobachter, besonders LENZMANN und JOCHMANN, haben bei Scharlach eine auffällig günstige Wirkung des Salvarsans auf die Angina und die Rachennekrose und damit auf das Gesamtbefinden gesehen. G. selbst sah von seinen Infusionen in drei Fällen von Scarlatina gravissima keinen Erfolg, dagegen Temperaturabfall und schnelle Reinigung des Rachenbelages bei 13 Fällen mit zweifelhafter Prognose, allerdings auch ungünstigen Einfluß auf den Kräftezustand bei drei weiteren Fällen, die zum Exitus

Digitized by Google

kamen. Die üblichen Scharlachkomplikationen wie Otitis media, Drüsenschwellungen und hämorrhagische Nephritis wurden trotz Salvarsan nicht verhindert. Bei 24 Fällen mit günstiger Prognose wurde zwar Sinken der Temperatur beobachtet, die Komplikationen traten jedoch ebenso häufig auf wie sonst, ebenso Nebenwirkungen des Mittels wie Schüttelfrost, Erbrechen und Diarrhoen. S. Levy-Hamburg.

Zum Latenzstadium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektion an den Kinderspitälern zu Graz und München 1893—1912, von Paul Löwenberg. (Diss., München 1913.) Die neuesten Untersuchungen haben ergeben, daß eine Isolierung viel früher notwendig ist, als beim ersten Auftreten des Koplikschen Frühsymptoms, da die Masern zu dieser Zeit schon sehr kontagiös sind; 45 daraufhin genau geführte Krankengeschichten zeigen das Auftreten der Koplikschen Flecken elfmal zugleich mit dem Exanthem; zwölfmal einen Tag vor dem Exanthem; achtmal zwei Tage zuvor; sechsmal drei Tage zuvor; zweimal vier Tage zuvor. Durchschnittlich also 1,4 Tage vor dem Exanthem. In sechs Fällen ist aber ausdrücklich stetiges Fehlen dieses Phänomens angeführt. Bei 39 beobachteten Fällen traten die Koplikschen Flecken viermal am ersten Tage, sechsmal am zweiten Tage, 13mal am dritten Tage, zehnmal am vierten Tage, fünfmal am fünften Tage, einmal am siebenten Tage des Prodromalstadiums auf. Als Durchschnitt ergibt sich, daß sie am 3,3. Tage des Vorläuferstadiums beobachtet wurden. Mit dieser Tatsache scheint bewiesen zu sein, daß eine Isolierung bei ihrem Auftreten für die Umgebung in der Regel viel zu spät kommt. An einem reichen kasuistischen Material rechnet Verfasser die fast konstante Zahl von 13—15 Tagen für die Totalinkubation heraus. Letztere zerfällt in die beiden Unterabteilungen: Inkubations- und Prodromalstadium, die man in der Regel voneinander trennen kann. Als Zeitdauer für die erste Periode findet man 9—12 Tage, für die zweite 2—5 Tage angegeben. Mit den Erscheinungen des Inkubationsstadiums beschäftigt sich Verfasser besonders und stellt zusammen, was in der Literatur hierüber gesagt ist, um diese Angaben an seinem Material kritisch zu beleuchten und zum Schlusse die Frage zu erörtern, ob eine Möglichkeit vorhanden ist, die Maserninfektion schon vor Beginn der Prodrome zu erkennen. Seine 76 Fälle hat Verfasser in vier verschiedene Gruppen eingeteilt, und zwar nach dem Verlauf der Temperaturkurve. Gruppe 1: vom Infektionstage an bis zum Einsetzen der in der Regel typischen Kurve des Prodromalstadiums keine wesentlichen Schwankungen der Temperatur: 41 Fälle = 54%. — Gruppe 2: auch hier kommt es noch nicht zu Fieber. Doch trägt die ganze Kurve einen labilen Charakter. Es werden zeitweise subfebrile Grade im Latenzstadium bei sonst normaler Körpertemperatur gemessen: 14 Fälle = 18,4%. — Gruppe 3: Temperaturkurven, die plötzlich einige Fieberzacken bei sonst ruhigem, normalem Verlauf der Inkubation darbieten. Ausreichende Begründung dieser Ephemera fehlt meist. Hier sind die Fälle eingereiht, die an dem Tage, wo sich ungefähr der Infektionstermin berechnen läßt, eine Erhöhung der Körperwärme zeigen. Bei vier Fällen ist sie febril, bei vier subfebril, bei einem hebt sie sich deutlich gegen den übrigen Verlauf der Kurve ab. Zur ersten Untergruppe gehören sechs Fälle. — Gruppe 4: sie zeigt schließlich sechs Krankengeschichten: 8%, die eine völlig unruhige Inkubation darbieten. Febrile Temperaturen wechseln mit subfebrilen und normalen, katarrhalische Erscheinungen von seiten der Bronchien und der Lungen machen sich sehr früh bemerkbar. — In jedem Lebensalter kommt ein ungestörter Verlauf der Inkubation vor, und die Fälle, wo dies nicht stattfand, verteilen sich regellos auf die verschiedenen Altersklassen. Aus einer Reihe von (in den wesentlichen Zügen geschilderten) Fällen ist der Schluß zu ziehen, daß es bei einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen zu vorzeitigen, wenn auch manchmal sehr geringen, katarrhalischen Erscheinungen kommen kann, selbst bei völlig normalen Verlauf der Körperwärme. Auffällig war dem

Digitized by Google

Verfasser bei genauester Betrachtung der Kurven die Häufigkeit, mit der an irgendwelchen Tagen der Inkubation die morgendliche Temperatur etwas höher war als die abendliche. — Aus einem normalem Verlauf der Temperaturkurve während des Inkubationsstadiums sind keine prognostisch absolut günstigen Schlüsse auf den weiteren Verlauf zu ziehen. — Bei neun Kindern konnte die Tatsache nachgewiesen werden, daß die Infektion selbst von einer Temperatursteigerung begleitet wird. Auf Grund seiner fleißigen Untersuchungen hält es Verfasser für erwiesen, daß das sogenannte „Latenzstadium" der Masern in vielen Fällen kein eigentliches Latenzstadium ist, daß die in den Körper durch die Infektion eingedrungenen Gifte bald den normalen Gang der Temperatur stören, bald durch frühzeitige katarrhalische Erscheinungen das Wohlbefinden in Mitleidenschaft ziehen. — Nach seinen Fällen steht fest, daß es nach dem Verlauf der Temperatur sehr schwer möglich ist, die Maserninfektion schon im Stadium der Latenz zu erkennen. Wichtig ist das Verhalten der Temperatur im beginnenden Prodromalstadium. Es wurde gezeigt, daß frühzeitige katarrhalische Erscheinungen ohne Temperatursteigerung einhergehen können. An vorliegendem Material läßt sich nicht entscheiden, ob umgekehrt die febrilen Temperaturen, mit denen das Prodromalstadium beginnt, stets von katarrhalischen Symptomen begleitet sind. F. Loeb-München.

Beitrag zur Kenntnis der Säuglingsmasern, von A. Lichtenstein. (Hygiea, Stockholm 1914, Nr. 18.) Beobachtungen an einer Krankenhausepidemie von 40 Fällen, darunter 33 Kinder unter einem Jahre. 1. Der Säugling hat eine ererbte, bis ca. drei Monate anhaltende fast absolute Immunität gegen Masern. 2. Immunkörper werden nicht durch die Muttermilch übertragen. 3. Die Immunität schwindet allmählich im Laufe des ersten Lebensjahres. 4. Die Dauer des Ausschlages steigt im ersten Lebensjahr mit zunehmendem Alter, eine neue Beobachtung, welche durch die allmählich abnehmende Immunität eine natürliche Erklärung findet. 5. Im Alter von 3—6 Monaten restiert eine relative Immunität, die genügend groß ist, um die Maserninfektion derart abzuschwächen, daß gewöhnlich abortive Fälle entstehen. 6. Von einem Jahr ab verläuft die Krankheit in jeder Beziehung wie bei älteren Kindern. 7. Koplikssche Flecke fehlen in einer großen Anzahl von Fällen von Säuglingsmasern. W. Holland-Kristiania.

Masern bei einem neun Tage alten Säugling, von Steinschneider-Cherson (Rußland). (D. m. W., 1914, Nr. 9.) Verfasser beschreibt den sehr seltenen Fall einer Masernerkrankung (typisches Exanthem über den ganzen Körper und deutlich ausgesprochene Koplikssche Flecke) bei einem neun Tage alten Säugling, den er bei einer Masernepidemie beobachtete. Haller-Dresden.

Morbilloid, von W. Wick-Rabaul. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1914, Nr. 10.) Verfasser beobachtete in Neu-Guinea während der Regenzeit eine unsern Masern ähnliche Infektionskrankheit: die Übertragung erfolgte scheinbar ausschließlich direkt, über den Erreger ließ sich nichts feststellen. Prodromalerscheinungen fehlten. Zugleich mit allgemeinen Erscheinungen traten Bindehautkatarrh, hämorrhagische Flecken auf der Mundschleimhaut und ein makulo-papulöses Exanthem auf. Nach 3—4 Tagen verschwanden Fieber und die anderen Krankheitserscheinungen. Die Krankheit trat selten bei Kindern, bei Weißen nie auf. Das Inkubationsstadium betrug 5—8 Tage. Der Verlauf war stets viel leichter als bei Masern. H. Boehme-Leipzig.

Die Prophylaxe der Masern, von John Ruhräh-Baltimore. (New York m. J., 25. April 1914.) R. hält die Verhütung der Masern für nicht so schwierig als wir allgemein annehmen. Wenn ein Kind wirklich in geeigneter Weise isoliert wird, ist die Gefahr der Weiterverbreitung keine sehr große, und viel kann geschehen in der Fernhaltung von Kindern anderer Familien ebenso wie von Erwachsenen nach dem Grundsatze, daß, je weniger Personen mit einer ansteckenden Krankheit in Berührung kommen,

Digitized by Google

um so weniger Personen angesteckt werden können. Der zweitwichtige Punkt in der Masernprophylaxe ist der Schulschluß bei einer drohenden Epidemie. Masern sind übertragbar vom Beginn der katarrhalischen Symptome an, und darin liegt die große Schwierigkeit der praktischen Prophylaxe, da die Krankheit gewöhnlich erst mit dem Auftreten der Eruption erkannt wird. Jedes Kind mit Koryza und Halsschmerzen zu isolieren, ist unmöglich, aber keineswegs die Fernhaltung von der Schule, besonders, wenn die katarrhalischen Symptome mit Fieber verbunden sind. Um wirksam zu sein, muß aber auch die Isolierung frühzeitig einsetzen, und dazu ist frühzeitige Diagnose sehr wichtig. In dieser Beziehung weist R. auf den Gewichtsverlust hin, der schon 5—6 Tage vor den katarrhalischen Symptomen sich einstellt und etwa 100 g pro Tag beträgt (bei Kindern unter vier Jahren etwa 300 g insgesamt); es ist aber darauf zu achten, daß die Wägungen zur selben Tageszeit und unter denselben Bedingungen, wie Kleidungsstücke, Mahlzeiten, Trinkwasser, Entleerung der Blase und Stuhlgang, vorgenommen werden. Bei vorhandenem Gewichtsverlust ist sodann eine Blutuntersuchung zu machen, da im Inkubationsstadium Leukozytose besteht, wenn auch nur am ersten bis zweiten Tage desselben. Zwei andere Zeichen sind von Bedeutung: die Zyanose der Zunge, welche einen oder zwei Tage vor dem Auftreten der Hauteruption sich einstellt, und das andere — von allergrößter Wichtigkeit — die Koplikschen Flecken. Entgegen der Zweifel, die bezüglich derselben in den letzten Jahren erhoben worden sind, hat R. keinen Fall gesehen, in welchem die Flecken vorhanden waren, ohne daß sich später Masern entwickelt hätten. Was für die Masern gilt, ist in hohem Maße auch bei allen anderen Infektionskrankheiten der Kinder zu beachten: je weniger Personen mit dem kranken Kinde in Berührung kommen, je weniger Verbreitung wird die Krankheit nehmen. Neben der Isolierung und Schulschluß in Gegenwart schwerer Epidemien käme noch möglichst ausgedehnte Spitalsbehandlung der Infektionskrankheiten in Betracht. M. Stern-München.

Die Vorteile und Nachteile von Quarantänespitälern wegen Masern, von Edwin E. Graham-Philadelphia. (New York m. J., 4. April 1914.) In Anbetracht der starken Überfüllung, welche zu Zeiten von Epidemien in den Absonderungsspitälern von Philadelphia herrscht, möchte Verfasser einige Erleichterungen sowohl in der Entlassung wie Aufnahme masernkranker Kinder vorschlagen. Wenn es sich z. B. um ein einziges Kind handelt, das über drei Jahre alt ist, so sollte es ohne Bedenken nach Hause gebracht werden, vorausgesetzt, daß es hier genügende Pflege und ärztliche Behandlung hat. Rekonvaleszente Kinder brauchen nicht länger wie höchstens drei Wochen im Spitale zu bleiben. Alle Betten in den Isolierspitälern sollen durch Glaswände voneinander getrennt sein und ein Raum höchstens zehn Betten enthalten und derselbe durch speziell konstruierte Türen von dem übrigen Teile des Spitals streng abzusondern sein. Jeder Patient sollte sein eigenes Thermometer, Waschgeschirr, Handtücher usw. haben. Prophylaktisch muß der dirigierende Arzt dafür Sorge tragen, daß Masern erkannt werden, bevor der Ausschlag voll entwickelt ist, daß also jedes Kind bei der Aufnahme auf Koplikssche Flecken, Koryza und Fieber untersucht, eine sorgfältige Anamnese aufgenommen und alle verdächtigen Fälle isoliert werden. Unter diesen Modifikationen würden die Isolierspitäler rascher geleert und bei herrschenden Epidemien die Belegungsfähigkeit derselben bedeutend erhöht werden. M. Stern-München.

Über das Exanthem im Verlaufe der Meningokokkenmeningitis (Genickstarre), von G. B. Gruber-Straßburg i. E. (D. Arch. f. klin. M., Bd. 117, H. 3.) Das histologische Bild des Hautausschlages bei der Meningokokkenmeningitis besteht in Hämorrhagien im Stützgewebe der Haut. Daneben finden sich deutliche entzündliche Veränderungen bis in den Bezirk des subkutanen Fettgewebes und Zeichen einer beginnenden entzündlichen Reaktion in der Pars reticularis und beginnende Nekrose der Epidermis. Das klinische

Digitized by Google

Bild und die Tatsache, daß experimentell eine erhebliche Giftigkeit der Meningokokken nachzuweisen ist, läßt vermuten, daß die beschriebenen Exantheme Ausdruck einer toxischen Wirkung sind. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Über die Seuche des Thukydides, von Kanngiesser-Braunsfeld a. d. Lahn. (Klin. ther. Wschr., 1914, Nr. 2.) Unterstützt durch fachkundige Mitteilungen einiger Kollegen (und auf Grund seiner Studien) glaubt Verfasser bestimmt feststellen zu können, daß es sich bei der von Thukydides im zweiten Buche seines Geschichtswerkes beschriebenen Epidemie, die im April 430 v. Chr. Athen befiel, nicht um „Pest", sondern um Typhus exanthematicus, d. h. Fleckfieber, handelte. Haller-Dresden.

Zur Epidemiologie der Kriegsseuchen. Flecktyphus und Blattern, von G. Reisinger. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 7.) Die Übertragung geschieht nicht bloß durch die Kleiderlaus, sondern eventuell auch durch die Kopflaus und den Floh. Statt der üblichen 20tägigen sah der Verfasser sogar Inkubationszeiten von 9, 11 und 14 Tagen. Nach Erörterung der Symptome hebt er bezüglich der Differentialdiagnose mit Typhus abdominalis hervor, daß die Gruber-Widalsche Methode keineswegs ausschlaggebend sei. Unter 34 Fällen reagierten 19 positiv und 15 negativ. Von größerer Bedeutung gegenüber dem Abdominalis ist die Vermehrung der Leukozyten im Blutbild. Verfasser weist darauf hin, daß alle bisher in Böhmen durch den Krieg veranlaßten Einschleppungen von echten Blattern unter dem harmlosen Bilde von Schafblattern erfolgten. Demnach sind Varizellen und varizellenähnliche Erkrankungen namentlich bei geimpften und im vorgerückteren Alter stehenden Personen mit größter Vorsicht und mit Bedacht auf die allfällige Verantwortlichkeit zu behandeln. H. Vörner-Leipzig.

Zur Epidemiologie und Klinik des Flecktyphus, von E. Lindner-Linz. (W. kl. W., 1915, Nr. 12.) Verfasser beobachtete im Kriegsgefangenenlager, daß die Russen nur leicht erkrankten, Deutsche, Tschechen, Ungarn schwer mit einer Mortalität von 20%. Verfasser sah einen Wärter erkranken, welcher nur einen halben Tag bei einem flecktyphuskranken Kollegen tätig war. Letzterer lag allein und vollständig gereinigt in einem Zimmer und hatte sicher kein Ungeziefer an sich. Es ist die Möglichkeit, daß man sich das Ungeziefer nicht direkt vom Kranken zu holen braucht, sondern daß das Kontagium entweder in verstäubter Form oder durch Kontakt in die Kleidung gelangt und erst dort von einer Laus aufgenommen wird. H. Vörner-Leipzig.

Über Fleckfieber und Rückfallfieber, von P. Mühlens-Wilhelmshaven. (M. m. W., 1914, Nr. 44 u. 45.) Neben einer Schilderung des klinischen Bildes, der Ätiologie (soweit bekannt) und der Therapie betont Verfasser namentlich die Prophylaxe, welche zum großen Teil auf Beseitigung des die Infektion übermittelnden Ungeziefers beruht. A. Philippi-Salzschlirf.

Über Fleckfieber, von Jürgens. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 7.) Der Krankheitsbeginn hebt sich ziemlich sicher und scharf von der vorhergehenden Zeit völligen Wohlbefindens ab. Eine allgemeine Schwäche, Störungen des Schlafes, Kopfschmerzen, Glieder- und Muskelschmerzen treten mit einer seelischen Verstimmung ziemlich plötzlich hervor. Unter raschem, mit Frost und nachfolgender Hitze einhergehendem Temperaturanstieg entwickelt sich in etwa 3—4 Tagen ein schweres charakteristisches Krankheitsbild. Der Kranke zeigt ein hochrotes, manchmal etwas gedunsenes Gesicht mit injizierten Augen; fast immer bemerkt man deutliche Lichtempfindlichkeit. Im Rachen sieht man eine eigentümliche dunkle Röte, die zunächst bandartig am Rande des vorderen Gaumenbogens von einer zur anderen Seite führt und manchmal einige blutig erscheinende Fleckchen, besonders auch am Zäpfchen erkennen läßt und sich bisweilen bis auf den harten Gaumen nach vorn erstreckt. Oft bemerkt man gleich im Beginn deutliche Zeichen einer Benommenheit. Am dritten oder vierten, spätestens am

Digitized by Google

fünften Krankheitstage treten die ersten Zeichen des Exanthems auf. Die ersten Fleckchen erscheinen gewöhnlich auf Brust und Schulter, manchmal an den Armen. In 2—3 Tagen ist der ganze Körper bedeckt. Beim Typhus abdom. tritt die Roseola im Gegensatz zum Fleckfieber zuerst auf Bauch, Brust oder Rücken auf. Die Fleckfieberroseola zeigt deutlichere Schwankungen ihrer Größe (bis zu Linsengröße) als der Typhus. Mit der Entwicklung des Exanthems hat auch das Fieber und damit der ganze Krankheitsprozeß seinen Höhepunkt erreicht. Zunehmende Benommenheit, aber nicht völlige Bewußtlosigkeit, beherrscht jetzt das Krankheitsbild. Die Entscheidung für den günstigen oder ungünstigen Verlauf fällt ganz ins Bereich des Zentralnervensystems. Man kann beim Fleckfieber nicht gut von einer Fieberkrise sprechen. Am Ende der zweiten oder Anfang der dritten Woche erfolgt vielfach, obwohl die Temperatur zur Norm abfällt, der tödliche Ausgang. Der Tod scheint nicht durch primäre Herzschwäche, sondern durch eine zerebrale Vergiftung bedingt zu sein. Das Fleckfieber macht selten Komplikationen und verläuft anscheinend frei von Nachschüben und Rückfällen. Die Mortalität im jugendlichen Alter bis zu Jahren wird mit kaum 52 angegeben, mit dem Alter nimmt die Gefährlichkeit des Fleckfiebers zu; intelligente Leute erkranken zweifellos schwerer als das ungebildete Volk. Das Fleckfieber ist eigentlich gar keine ansteckende Krankheit, da nicht der Kranke, sondern die infizierte Laus die Krankheit überträgt. Die Vernichtung der Überträger hebt die Ansteckungsgefahr auf. E. Brinitzer-Altona.

Fleckfieber, von Curtius-Stendal. (Zschr. f. Mbeamte, 1915, Nr. 7.) Durch die russischen Kriegsgefangenen, in vereinzelten Fällen durch die vom östlichen Kriegsschauplatz zurückgekehrten Truppen, ist nach einigen Orten Fleckfieber eingeschleppt worden. Die Übertragung geschieht nur durch Läuse, wahrscheinlich nur durch Kleiderläuse. Daher sind besonders die Ärzte und das Pflegepersonal gefährdet. Als gutes Mittel für die Entlausung der Haut hat sich nach C. eine Mischung von Petroleum mit Leinöl (im Verhältnis von 75 : 25) bewährt. E. Brinitzer-Altona.

Maculae caeruleae bei einem Falle von Typhus exanthematicus, von C. Kreibich-Prag. (W. kl. W., 1915, Nr. 22.) Die Maculae fanden sich neben dem Exanthem eines an Typhus exanthematicus erkrankten Knaben. Morpiones fanden sich nur an den Zilien. Verfasser hebt hervor, daß die Augenwimpern eine Stelle sind, welche man leicht übersieht. Andererseits brauchen Morpionen keine Maculae zu erzeugen, wodurch das Übersehen derselben noch begünstigt wird. H. Vörner-Leipzig.

Die Bakteriologie des Typhus exanthematicus, von R. M. Wilder-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 12. September 1914.) Verfasser weist darauf hin, daß er bereits 1910 über Untersuchungen berichtet hat, welche er im Verein mit Ricketts bei Gelegenheit einer Epidemie in Mexico City ausführte, und bei denen ein bipolarer Bazillus, der durch die Übermittlung von Läusen weiter befördert wurde, als die wahrscheinlichste Ursache der Krankheit angesprochen wurde. In dem nach Giemsa gefärbten Blute von Kranken, die sich in der zweiten Krankheitswoche (7.—12. Tag) befanden, war derselbe ausnahmslos, wenn auch meist in kleiner Anzahl vorhanden, und auch die bakteriologische Untersuchung des Ungeziefers lieferte positive Resultate. Neuerdings hat Plotz, wie Verfasser bei einer umfassenden Darlegung der bisherigen Literatur über das Thema ausführt, ziemlich genau die gleichen Mikroorganismen angetroffen. A. Philippi-Salzschlirf.

Bakteriologische Befunde bei Fleckfieber. Vorläufige Mitteilung von I. Petruschky-Danzig. (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 75, H. 7.) Ein konstanter Befund fand sich im Auswurf. Dieser zeigte regelmäßig bei mikroskopischer Untersuchung sehr zahlreiche, kleinste Stäbchen von der ungefähren Form, Größe und Färbbarkeit der Influenzabazillen. Er war von zähschleimiger, oft an flüssigen Leim erinnernder Be-

Digitized by Google

schaffenheit und durchweg überaus leukozytenarm, oft durchsetzt mit Blutpünktchen. Der Kulturversuch zeigte, daß die beobachteten Stäbchen nicht wie die Influenzabazillen ausschließlich Nährböden mit roten Blutkörperchen bevorzugen, sondern auch auf gewöhnlichem Agar, besser auf Nutrose-Milchzucker-Agar, wachsen, wenn auch anfänglich in überaus kleinen, nur mit der Lupe sichtbaren Kolonien. Das Bild einer Agarplatte war nach 24stündiger Betrübung bei 37° C insofern überraschend, als bei Betrachtung mit bloßem Auge nur wenige Kolonien erkennbar waren. Bei Untersuchung mit der Lupe zeigte sich indessen ein ganzer Sternenhimmel kleiner und kleinster Kolonien. Es zeigt sich, daß zwischen den am zahlreichsten vorhandenen Kolonien der kleinsten Stäbchen vielfach auch etwas größere Kolonien von Streptococcus brevis, oder auch junge Kolonien von Streptococcus longus und Pneumococcus verstreut liegen. Die kleinen Stäbchenkolonien lassen sich auf neue Nährböden ohne Blutbeimischung übertragen. Sie haben eine Lebensdauer von mehreren Tagen. Für alle Fälle dürfte es sich empfehlen, bei der Prophylaxis des Fleckfiebers nicht ausschließlich die Übertragung durch Läuse im Auge zu behalten, sondern auch an die Möglichkeit einer Übertragung durch Auswurf, durch ausgehustete Tröpfchen und durch Verschmierung von Auswurf zu denken. Es wird die Möglichkeit nicht außer Betracht zu lassen sein, daß das Fleckfieber vielleicht ähnlich der Pest in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten kann: einer mehr septischen, durch Ungeziefer übertragbaren, und einer mehr katarrhalischen, durch Sputum übertragbaren Form, bei der vielleicht sogar das Exanthem gelegentlich fehlen könnte. Bei allen Formen wäre kulturell nach dem mutmaßlichen Erreger zu fahnden. O. Gans-Karlsruhe.

Über die neuen diagnostischen Hilfsmittel bei Flecktyphus, von A. Ghon. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 1.) In Rücksicht darauf, daß die Möglichkeit der Einschleppung von Flecktyphus näher gerückt ist, schlägt Verfasser vor, zur Förderung der Diagnose die neuerlich bei dieser Krankheit erhobenen Befunde nutzbar zu machen. Es kommen da in Betracht: 1. die v. Prowazekschen Leukozyteneinschlüsse, längliche oder rundliche, besonders in der Peripherie des Protoplasmas gelegene Körperchen und Doppelkörperchen, von denen es noch nicht einwandfrei feststeht, ob sie die Krankheitserreger sind, denen aber wegen ihres konstanten Auftretens ein diagnostischer Wert zukommt; 2. die Übertragbarkeit der Krankheit mit dem Blut auf Affen und Meerschweinchen; 3. histologische Befunde an vital herausgeschnittenen Roseolen, bestehend in knötchenartigen, durch zellige Wucherungen verursachte Auftreibungen der Gefäße, die mit intakten Strecken abwechseln. Demgemäß sind an die Untersuchungsstelle einzusenden: 1. 3—4 möglichst dünne Blutausstriche auf Objektträger; 2. Blut zur bakteriologischen Untersuchung in steriler Eprouvette; 3. ein exzidiertes Hautstückchen mit Roseola zur histologischen Untersuchung. E. Klemm-Leipzig.

Einiges von den Erfahrungen über die diagnostischen Hilfsmittel bei Flecktyphus, von A. Ghon-Prag. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 8.) Untersuchung des Blutbildes auf Leukozytose und des Blutes in bakteriologischer und serologischer Beziehung sind die wichtigsten Hilfsmittel der klinischen Diagnose. H. Vörner-Leipzig.

Zur Diagnose und Prophylaxe des Fleckfiebers, von G. Klemperer und W. Zinn. (Ther. d. Gegenw., Februar 1915.) K. und Z. beschreiben den Krankheitsfall von Georg Jochmann, der dem Fleckfieber zum Opfer gefallen ist. Beide Verfasser kommen zu dem Ergebnis, daß in diagnostischer Beziehung auch die anscheinend sichersten klinischen Symptome nicht ganz zuverlässig sind und daß die Diagnose, abgesehen vom epidemischen Auftreten, mit Sicherheit nur durch die petechiale Umwandlung der Roseolen und durch die bakteriologische Ausschließung anderer Infektionen gestellt werden kann. Der Jochmannsche Fall hat gezeigt, daß die Fleckfieberüber-

Digitized by Google

tragung nur durch Läuse geschehen kann. Die vielen Personen, die mit Jochmann stundenlang in Berührung gewesen waren, sind von der Krankheit verschont geblieben. Für Arzt oder Pfleger ist es daher wichtig, den Erkrankten von Läusen zu reinigen, sich selbst aber vor der Berührung mit Läusen zu schützen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Diagnose und Prophylaxe des Flecktyphus, von Pisek. (Klin.-ther. Wschr., 1915, 7/8.) Charakteristisch ist der plötzliche Beginn der Erkrankung unter Schüttelfrösten und Temperaturanstieg und frühzeitig sich einstellenden Delirien. Die Temperatur erreicht sofort in den ersten zwei Tagen die höchsten Grade, gewöhnlich bis 39° und 40°. Im Gegensatz zur Bradykardie bei Unterleibstyphus entsprechen beim Fleckfieber dem hohen Fieber auch hohe Pulszahlen. Gewöhnlich ist das Fieber eine Kontinua mit sehr unbedeutenden Morgenremissionen; nach etwa 10—14 sinkt die Temperatur innerhalb 2—5 Tagen lytisch ab. Charakteristisch für den Flecktyphus ist die vollständige Ausbildung des Exanthems im Verlaufe schon der ersten zwei Tage der Krankheit. In dieser Beziehung erinnert der Flecktyphus an Masern. Die blaß rötlichen Flecke sind meistens verwaschen, das Zentrum hämorrhagisch; beim Typhus abdom. dagegen sind die deutlich rosaroten Flecke scharf umschrieben und nur hyperämisch. Während beim Fleckfieber das Exanthem auch die Extremitäten befällt, beschränkt sich beim Abdominaltyphus der Ausschlag auf den Rumpf. Differentialdiagnostisch kommen manchmal Variola, kryptogenetische Sepsis mit punktförmigen Hämorrhagien, innerer Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber und Arzneiexantheme in Betracht. Die individuelle Empfänglichkeit spielt gewiß eine Rolle. Kummer und Sorge, schlaflose Nächte, mangelhafte Ernährung, überhaupt Faktoren, welche die Widerstandskraft des Individuums herabsetzen, scheinen die Infektion zu begünstigen. Die einmal überstandene Krankheit immunisiert das Individuum mit fast absoluter Sicherheit. Die Prophylaxe fällt im Hinblick auf die Übertragung durch Kleiderläuse, Kopfläuse usw. mit den Maßnahmen gegen Ungeziefer zusammen. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der persönlichen Prophylaxe gegen Typhus exanthematicus, von R. Kraus-Buenos-Aires. (W. kl. W., 1915, Nr. 12.) Vorgeschlagen wird: gute Lüftung der Krankenzimmer, Abtötung der Läuse mit Salfurkose, mechanischer Schutz durch Maske und Gummianzug. H. Vörner-Leipzig.

Zur Prophylaxe des Flecktyphus, von Blaschko. (D. m. W., 1915, Nr. 1.) Die Prophylaxe der Pedikulosis ist die Prophylaxe des Flecktyphus. B. empfiehlt bei Pedikulosis des Körpers ein 5% Naphtalinvaselin und rät, jedem Soldaten 30—50 g Naphtalinpulver mitzugeben. Zur Verhütung der Kopfläuse genügt es, die Haare mit der Maschine kurz zu schneiden. E. Brinitzer-Altona.

Zur Frage der Bekämpfung des Fleckfiebers und der Läuse, von C. Mense-Kassel. (Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1915, H. 6.) Da die Übertragung des Fleckfiebers höchstwahrscheinlich nicht von Mensch zu Mensch, sondern durch die Vermittlung der Läuse erfolgt, ist deren Vernichtung das wichtige Mittel zur Verhütung dieser Krankheit. Die Entlausung der Kleidung kann erfolgen durch strömenden Wasserdampf im Desinfektionsapparat oder durch trockene Hitze von 70° im Backofen oder durch Aufhängen in Räumen, die mit schwefeliger Säure gesättigt sind. Diese wird erzeugt durch Verbrennen von Schwefel oder eines Gemisches von 90% Schwefelkohlenstoff mit 10% Wasser und Alkohol (Salfarkose), oder sie wird in Bomben in komprimierter Form vorrätig gehalten. Zur Bekämpfung der Läuseplage von Menschen dienen ätherische Öle, Naphtalinsalbe oder, worauf Mense besonders aufmerksam macht, Sublimatessig (Sublimat 1,0; Acetum vini 299,0), der vor allem auch die Eier auflöst und vernichtet und zum Einreiben in die Kleider verwendet werden kann.

H. Boehme-Leipzig.

Digitized by Google

Über die Wassermannsche Reaktion bei Flecktyphus, von Constantin Delta-Alexandrien (Ägypten). (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 76.) Die Wassermannsche Reaktion ist bei Flecktyphus fast immer positiv; und zwar ist sie zu Beginn negativ, wird bei der Entfieberung(?) fast immer positiv, um nach kurzer Zeit (höchstens zwei Monate?) wieder negativ zu werden. Die positive WR wird sowohl mit syphilitischem, als auch mit Typhusantigen erzielt. Daher kann die Reaktion hier ebensowenig als spezifische im Sinne von Gruber und von Pfeiffer angesehen werden, wie bei allen den anderen Krankheiten, wo sie festgestellt wurde. Die Untersuchung kann in Zweifelfällen von Nutzen sein, inbesondere zum Beginn und zum Ende einer Epidemie.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit begleitendem Erythem, von Silberknopf. (Zbl. f. Kindhlk., 1914, Nr. 11.) Bei einem siebenjährigen Kinde entwickelten sich acht Tage vor der typischen Varizelleneruption 10—15 linsengroße, blaßrote, kreisrunde Flecke am Rumpf, die nach 24 Stunden verschwanden. Sechs Tage später, also zwei Tage vor der Haupteruption, trat ein universelles Erythem bei 39,4 Temp. auf. Das Zusammentreffen des verzögerten Ausbruches der Varizellen mit einem interkurrenten Erythem ist nach S. bisher in der Literatur nicht beschrieben worden.

E. Brinitzer-Altona.

Technik der Schutzimpfung gegen Varizellen, von Karl A. Kling-Stockholm. (B. kl. W., 1915, Nr. 1.) Die Lymphe wird von einem Falle mit günstigen Effloreszenzen gewonnen, die Impfung selbst wird mit der Impflanzette ausgeführt, auf dem Impffelde wird die Haut gespannt und mit einem halben Dutzend leichter Einstiche beschickt. In 135 Fällen war die Impfung gelungen und in 46 negativ. Die artefizielle Krankheit verlief mild, gewöhnlich traten nur an der Impfstelle Bläschen auf.

H. Vörner-Leipzig.

Persönliche Erlebnisse mit der Variola, von Volland. (Ther. Mh., Juni 1914.) Die Erlebnisse stammen aus dem Kriege 70/71 und sind beweisend für die Berechtigung des Impfzwanges. W. Haas-Hamburg.

Pocken und pockenähnliche akute Exantheme in den Tropen, von C. Mense. (Handb. d. Tropenkrh., Bd. 3.) Verfasser bespricht eine Gruppe von akuten Exanthemen, die zwischen Pocken und Windpocken steht, beiden in mancher Hinsicht verwandt. Sie einzeln zu beschreiben, würde hier zu weit führen; es handelt sich um 1. die Sanagapocken (Kamerun). 2. Amaas oder Milchpocken (Süd- und Südwestafrika). 3. Amerikanische Formen, Alastrim, weiße Pocken (Brasilien). 4. und 5. Pockenähnliche Exantheme in der Südsee und in Indien. W. Haas-Hamburg.

Therapie und Praxis der Variola, von R. Schmidt-Prag. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 6.) Besprechung der experimentellen Forschung, der Nosologie, der Differentialdiagnose, der Prognose und Therapie. H. Vörner-Leipzig.

Die pockenverdächtigen Erkrankungen in Rabaul im Februar 1914, von H. E. Kersten-Rabaul. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1914, 20.) Bei einigen pockenverdächtigen Kranken wurde durch den positiven Ausfall der zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Impfung mit animaler und humaner Pockenlymphe die Erkrankung als Varizellen sichergestellt. H. Boehme-Leipzig.

Die Pocken als Kriegsseuche, von Friedberger. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1915, Nr. 2.) Fr. bespricht im Rahmen eines Vortragszyklus über Kriegsseuchen das Wissenswerteste über die Diagnose und die Behandlung der Pocken und hebt die Wichtigkeit der Schutzimpfung hervor. Unterstützt wird die Lebhaftigkeit und Anschaulichkeit des Vortrages durch sinnreiche Tafeln und Statistiken, die zugleich alle

Digitized by Google

Einwände der Impfgegner glänzend zu widerlegen geeignet sind. Relativ kurz ist das Kapitel über die Pockenerreger und die diagnostische Impfung ausgefallen.

S. Levy-Hamburg.

Bemerkungen zum „Pockenprozeß Spohr-Bachem", von M. Neisser-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1914, Nr. 25.) Der Prozeß hat bewiesen, daß Isolierung und Desinfektion allein die Verbreitung der Pocken nicht verhindern können. Auch das niedrige „hygienische Kulturniveau", das nach der Meinung des ersten Vorsitzenden des Reichsverbandes gegen die Impfung Dr. Winsch an der Verbreitung und Erkrankung schuld sei, käme im Falle Spohr nicht in Frage. N. hält es für eine nicht zu rechtfertigende Handlungsweise, wenn ein impfgegnerischer Arzt Impfungen ausführt, denn die einzig mögliche Handlungsweise für ihn ist es, diesen Eingriff, den er ja für schädlich hält, abzulehnen. Da in Deutschland die Pocken in ihren verschiedenen Erscheinungsformen nicht mehr genügend bekannt sind, so scheint es geboten zu sein, daß wir an zentraler Stelle Pockenkonsiliarien erhalten, die bei Pockenverdacht sofort ex officio zur Unterstützung des Kreisarztes an Ort und Stelle reisen und ihn mit ihren im Ausland gesammelten größeren Erfahrungen in bezug auf die Diagnose unterstützen.

E. Brinitzer-Altona.

Die Diagnose der Blattern, von Risel. (D. m. W., 1914, Nr. 38.) R. erinnert an die in England von Ricketts auf Grund von Beobachtungen Curschmanns während der Pockenepidemie 1870—71 sichergestellte Tatsache, daß der im Blut kreisende Pockenerreger sich fast stets an symmetrischen Körperstellen, die durch mechanische Einwirkungen, wie Reizung durch Kleider und Witterungseinflüsse, prädisponiert sind, im Hautepithel ansiedelt. Andererseits werden geschütztere Körperstellen, wie z. B. die Achselhöhlen, nie befallen. Auch die im Verlaufe der Krankheit öfter auftretenden Exantheme und Petechien bevorzugen gewisse Körperstellen, die letzteren besonders diejenigen Körperstellen, die von den eigentlichen Blattern verschont bleiben, wie z. B. die Leistengegend. Die schwere hämorrhagische Form kann der Diagnose dadurch Schwierigkeiten bieten, daß bei ihr der Tod eintreten kann, ehe es zur Bildung von Pusteln gekommen ist. Die Windpocken befolgen ein entgegengesetztes Verhalten, indem sie zwar auch symmetrisch über den Körper verteilt sind, im übrigen aber gerade diejenigen Stellen bevorzugen, an denen man die Pocken am wenigsten antrifft. Differentialdiagnostisch wichtig ist auch das ausgesprochen schubweise Auftreten des Ausschlages bei Windpocken, ebenso das Fehlen der für Blattern pathognomonischen Leukozytose und das Versagen der Verimpfung des Bläscheninhaltes auf die Kaninchenhornhaut.

S. Levy-Hamburg.

Verschiedenes.

Die III. nationale Pellagrakonferenz findet im Oktober d. J. in Columbia, S.C., unter dem Vorsitze von Dr. C. H. Lavinder und dem Sekretariate von Dr. J. W. Babcock statt.

Dr. Max Schönfeld-Wien, zurzeit Abteilungsarzt im k. u. k. Reservespitale Nr. 12, hat das Ehrenzeichen II. Kl. vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

16. Oktober 1915 | Nr. 42 | Band 61

Beitrag zur Behandlung der Urtikaria (Chlorkalziumkompretten).

Von

Prof. Dr. Otto Seifert in Würzburg.

Seit der ersten Mitteilung von Emmerich und Löw[1]) über die Darreichung von Chlorkalzium bei Heuschnupfen habe ich nach der von diesen Autoren angegebenen Verordnung vielfach bei Heuschnupfen und nervösem Schnupfen von der Kalziumbehandlung Gebrauch gemacht, aber als sehr störend den recht unangenehmen Geschmack der Chlorkalziummixtur empfunden. Diesem Übelstand ist in einwandfreier Weise abgeholfen durch die Chlorkalziumkompretten (MBK), die mir von der Firma E. Merck (Darmstadt) zur Verfügung gestellt wurden. In einer vorläufigen Mitteilung[2]) habe ich zum Ausdruck gebracht, daß diese Form als die glücklichste Lösung der Darreichung des Chlorkalziums bezeichnet werden kann. Alle meine Patienten nehmen auch größere Mengen dieser Kompretten längere Zeit hindurch sehr gern, einzelne meiner Patienten bis zu 20 Stück pro Tag. Jede einzelne Komprette enthält 0,1 Chlorkalzium.

Die Bemerkung von Emmerich und Löw[3]) in ihrer Arbeit über erfolgreiche Behandlung des Tic convulsif durch Chlorkalzium, daß Fälle von gesteigerter Erregbarkeit gewisser Nerven erfolgreich mit Kalziumsalzen behandelt wurden, veranlaßte mich, bei Urtikaria einen therapeutischen Versuch mit den Chlorkalziumkompretten vorzunehmen, und zwar zuerst bei einem Fall, bei welchem ein ätiologisches Moment absolut nicht aufzufinden war, auch nicht irgend welche Störungen von seiten des Digestionstraktus.

Erst bei der Abfassung dieser kleinen Mitteilung und der Durchsicht der Literatur über die Wirkung und Verwendung der Chlorkalziumsalze in der Dermatologie fand ich, daß vor allem englische Autoren (nach Jessner[4]) auch amerikanische Autoren) Chlorkalzium bei Urtikaria verwenden. Wright[5]) verordnete aus theoretischen Erwägungen heraus in

[1]) Emmerich und Löw, M. m. W., 1913, Nr. 48, S. 2676. — [2]) Seifert, M. m. W., 1915, Nr. 27, S. 912. — [3]) Emmerich und Löw, M. m. W., 1914, Nr. 47. — [4]) Jessner, Lehrb. d. Haut- u. Geschlkrkh., 1913, S. 100. — [5]) Wright, Brit. J. of Dermat., 1898, S. 82.

Digitized by Google

zwei Fällen von Urtikaria Kalziumchloride, Luff[1]) bei verschiedenen Hautkrankheiten, so auch bei Urtikaria, das Calcium lacticum. In Deutschland hat sich diese Therapie nur in ganz beschränktem Maße Anerkennung verschaffen können, wie ein Blick in die dermatologischen Spezialwerke lehrt. Um nur einige herauszugreifen, so findet sich bei Riecke[2]) und Wolff[3]) die Chlorkalziumtherapie überhaupt nicht vermerkt.

Matzenauer[4]) tut zwar der Wrightschen Empfehlung Erwähnung, hat aber eine sichere Bestätigung der günstigen Wirkung des Chlorkalziums nicht finden können. Die Empfehlung von Bettmann[5]) hat offenbar auch nicht besondere Berücksichtigung gefunden. Seine Erfahrungen mit der Chlorkalziumtherapie bei Urtikaria beziehen sich auf vier Fälle, bei welchen längere Zeit immer wieder typische Urtikariaschübe sich wiederholt hatten, ohne daß sich genügende Anhaltspunkte für eine Darmstörung ergeben hatten. In zwei von diesen Fällen heilte die Urtikaria bei der Behandlung mit Chlorkalzium. Bettmann verschrieb: Calcium lacticum 10,0, Aq. destill. ad 200,0, ohne Zusatz eines Korrigens, und ließ von dieser 5%igen Lösung dreimal täglich etwa eine Stunde vor den Mahlzeiten 1—2 Eßlöffel voll nehmen. In einem Falle von schwerer Urtikaria im Wochenbette erzielte Bollag[6]) durch zwei Glutäalinjektionen von Chlorkalziumgelatine (Kalzine) so prompten Erfolg, daß er zu einer weiteren Anwendung dieser Form von Kalziumtherapie raten möchte.

1. Fall: W., Babette, 20 J., leidet seit 14 Tagen an Urtikaria, besonders an den Extremitäten, durch das Brennen und Jucken wird sie Tag und Nacht so gequält, daß sie kaum arbeitsfähig ist. Keinerlei Verdauungsstörungen.

Status: 10. VII. 1915. Sehr kräftiges, wohlgenährtes Mädchen, über talergroße Urtikariaquaddeln an verschiedenen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten, überall Kratzeffekte. Ausgesprochene Urticaria factitia. Die bisherige Behandlung, auch mit großen Dosen Eselen, ohne jeden Erfolg.

Therapie: Pat. soll von heute an täglich zehn Kompretten nehmen.

14. VII. Auffällige Besserung, Pat. wird kaum mehr von Jucken gequält, frische Quaddeln und frische Kratzeffekte nicht nachweisbar. Urticaria factitia noch unverändert. Pat. soll die Kompretten noch in der gleichen Weise fortgebrauchen.

20. VII. Da Pat. keinerlei Beschwerden mehr verspürte, setzte sie seit zwei Tagen ohne Erlaubnis mit dem Gebrauche der Kompretten aus, aber nach 24 Stunden setzte die Nesselsucht wieder in der stärksten Form ein. Bei der heutigen Untersuchung lassen sich abermals Quaddeln an verschiedenen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten nachweisen, ebenso frische Kratzeffekte. Urticaria factitia höchst auffällig. Pat. soll von nun an wieder regelmäßig von den Kompretten Gebrauch machen.

25. VII. Jucken und Brennen waren schon am 21. VII. völlig beseitigt, bei der

---

[1]) Luff, Brit. m. J., 1909. — [2]) Riecke, Lehrb. d. Haut- u. Geschlkrkh., 1909. — [3]) A. Wolff, Handb. d. Hautkrankh. Mračeк, 1902, Bd. 1. — [4]) Matzenauer-Jarisch, Die Hautkrankh., 1908. — [5]) Bettmann, M. m. W., 1909, Nr. 25, S. 1273. — [6]) Bollag, M. m. W., 1913, Nr. 45, S. 2514.

Digitized by Google

heutigen Untersuchung weder frische Quaddeln, noch frische Kratzeffekte nachzuweisen, Urticaria factitia wesentlich schwächer. Pat. soll die Kompretten noch weiter gebrauchen.

10. IX. Pat. hat sich nicht mehr vorgestellt, es ist wohl anzunehmen, daß sie von ihrer Urtikaria seither befreit geblieben ist. Die Kompretten wurden sehr gut vertragen.

In diesem ziemlich schweren Fall von Urtikaria ex causa ignota handelte es sich zweifellos um eine prompte Wirkung des Chlorkalziums, es geht das u. a. auch daraus hervor, daß ein nach frühzeitigem Aussetzen der Chlorkalziumkompretten innerhalb der nächsten 24 Stunden auftretender Urtikariaschub durch erneute Chlorkalziummedikation auf das prompteste beseitigt wurde.

Dieses günstige Resultat veranlaßte mich, in einem Fall von chronischer Urtikaria leichten Grades, bei welchem ebenfalls irgend welche Magendarmstörungen fehlten, von der gleichen Therapie Gebrauch zu machen.

2. Fall: W., Sally, 38jähr. Kaufmann. Pat. leidet seit Dezember 1914 an Urtikaria, vorzugsweise an der unteren Körperhälfte, wird besonders nachts dadurch gequält. Bisher nur äußerliche Behandlung der verschiedensten Art, aber ohne jeden Effekt. Keinerlei Magendarmstörungen.

Status: 14. VII. 1915. Kräftiger, wohlgenährter Mann, an der unteren Rumpfhälfte und den unteren Extremitäten kleine Kratzeffekte. Ausgesprochene Urticaria factitia.

Therapie: Zehn Kompretten pro Tag.

20. VII. Die Kompretten wurden gern genommen, ohne jede Magenstörung. Die Erscheinungen der Urtikaria völlig beseitigt, Urticaria factitia wesentlich abgeschwächt. Kompretten sollen noch weiter genommen werden.

10. IX. Pat. nicht mehr zur Nachuntersuchung erschienen.

Es kann demnach nicht mit absoluter Sicherheit eine völlige Heilung angenommen werden, jedenfalls aber darf eine sofortige günstige Einwirkung der Chlorkalziumtherapie auf die Urtikaria nicht anzuzweifeln sein. Wenige Tage später kam ein dritter Fall zur Beobachtung, in welchem ebenfalls Magendarmstörungen fehlten.

3. Fall: E., Soldat, 28 Jahre. Pat. hat schon wiederholt in den Sommermonaten ohne jede nachweisbare Ursache, vor allem ohne irgend welche Magendarmstörungen, an Nesselsucht gelitten. Die betreffenden Anfälle hatten eine 8—10 tägige Dauer. Seit heute nacht Auftreten einer Urtikaria, über den ganzen Rumpf und die Extremitäten verbreitet, Schlafen unmöglich. Auch diesem Anfalle sind irgend welche Magendarmstörungen nicht vorausgegangen.

16. VII. 1915. Pat. mittelgroß, kräftig, wohlgenährt. Am ganzen Stamme und an den Extremitäten bis zu den Fingerspitzen und Zehen hauptsächlich großpapulöse Urtikariaquaddeln, Gesicht und Schleimhäute frei. Urticaria factitia sehr stark ausgesprochen. Von heute mittag 12 Uhr an zweistündlich je zwei Chlorkalziumkompretten.

17. VII. Gestern nachmittag, abends und heute nacht bis gegen zwei Uhr noch lebhafteste Beschwerden, so daß Pat. in der ersten Hälfte der Nacht nicht zum Schlafen kam. Von zwei Uhr morgens an hörten die Beschwerden auf, so daß er die zweite

Digitized by Google

Hälfte der Nacht sehr gut schlafen konnte. Heute morgen Pat. vollkommen beschwerdefrei. Bei der Untersuchung keine Spur mehr von Urtikariaquaddeln. Urticaria factitia noch ebenso deutlich. Pat. soll noch einige Tage zehn Stück Kompretten pro Tag nehmen.

19. VII. Pat. vollkommen beschwerdefrei geblieben. Urticaria factitia weniger deutlich. Die Kompretten wurden sehr gut vertragen.

30. VII. Pat. vollkommen beschwerdefrei geblieben.

Für den Umstand, daß innerhalb von drei Wochen auch noch ein vierter gleichgearteter Fall in meine Beobachtung gelangte, ist die Erklärung darin zu suchen, daß mir als stellvertretendem Dermatologen während der beiden Kriegssemester sowohl in der Poliklinik für Hautkranke als in der Privatpraxis reichlich Hautkranke zur Beobachtung kamen.

4. Fall: S. E., 28 Jahre, Dr. med. Pat. hat in früheren Jahren einige Male an Nesselsucht gelitten, ohne daß irgend welche Verdauungsstörungen vorausgegangen waren. Über die jeweilige Dauer der Anfälle weiß Pat. nähere Angaben nicht zu machen.

23. VII. 1915. Seit heute vormittag leidet Pat. ohne vorangegangene Störung von seiten des Verdauungstraktus an Urtikaria, die sich im Laufe des Tages über den ganzen Körper, auch über das Gesicht, verbreitete. Jucken und Brennen fast unerträglich.

Status: abends sechs Uhr. Pat. groß, kräftig, wohlgenährt. Kleine und großpapulöse Urtikariaeffloreszenzen, den ganzen Rumpf und die Extremitäten einnehmend, ganz ungewöhnlich dicht stehend. Auch im Gesicht einige kleinpapulöse Effloreszenzen. Schleimhäute frei. Pat. soll stündlich je zwei Chlorkalziumkompretten nehmen.

24. VII. Gestern um zehn Uhr abends nahm Pat. die letzten zwei Kompretten. Von 11 Uhr an hörten die Beschwerden auf, so daß Pat. die ganze Nacht hindurch vortrefflich schlafen konnte. Pat. hat im ganzen gestern abend zehn Kompretten genommen. Heute morgen keine Spur mehr von Urtikaria. Pat. soll noch einige Tage acht Stück Kompretten zu sich nehmen.

10. IX. Pat. seither völlig verschont geblieben von Urtikaria. In diesem Falle war die Wirkung der Chlorkalziumtherapie am allerauffälligsten, da schon fünf Stunden nach dem Einnehmen der ersten Kompretten die sämtlichen Erscheinungen verschwunden waren und bei einige Zeit (etwa acht Tage) fortgesetztem Gebrauch dauernd ausgeblieben sind.

Es liegt mir fern, Chlorkalzium als souveränes unfehlbares Mittel zur Bekämpfung der Urtikaria bezeichnen zu wollen, man wird insbesondere bei den zahlreichen, von Magendarmstörungen ausgehenden Formen in erster Linie auf deren Beseitigung Rücksicht zu nehmen haben. Bei der bemerkenswerten Tatsache, daß in den vier Fällen von Bettmann, in dem einen Falle von Bollag, sowie in den vier von mir mitgeteilten Beobachtungen irgend eine Ursache für das Auftreten der Urtikaria nicht nachzuweisen war und vor allem jede Andeutung einer Magendarmstörung fehlte, ist sicherlich der Schluß zulässig, daß in Fällen von Urtikaria mit unklarer Ursache die Chlorkalziumtherapie wirksam sein mag. Da wir in den Chlorkalziumkompretten eine so angenehme Form der Darreichung besitzen, so läßt sich nicht nur eine relativ große

Digitized by Google

Dosis einverleiben, sondern auch eine längere Fortsetzung dieser Medikation ohne jedes Bedenken und ohne jede Störung erreichen.

An diese Fälle von Urtikaria schließt sich ein Fall von akutem umschriebenem Hautödem QUINCKES an, das wohl eine Abart der Urtikaria darstellt (JESIONEK[1]), KROMAYER[2])). Ich verdanke diesen Fall der Freundlichkeit meines Assistenten, Herrn Dr. COMO.

Ch., Jean, 28 Jahre, französischer Kriegsgefangener, erkrankte am 2. IX. nachmittags unter ziehenden Schmerzen im Gesicht und an der rechten Hand. Abends Steigerung der Körpertemperatur auf 38,2. Während der folgenden Nacht große Unruhe wegen Zunahme der schmerzhaften Sensationen.

Status: 3. IX. 1915. Pat. mittelgroß, kräftig. Morgentemperatur 37,5. Heute morgen Ober- und Unterlippe mächtig geschwollen, ebenso das rechte untere Augenlid, der Rücken der rechten Hand und die Streckseiten der Finger. Im Laufe des Tages ging die Schwellung auch auf das rechte Oberlid, sowie auf das linke Unter- und Oberlid über. Von dem Rücken der rechten Hand geht die Schwellung bis in die Nähe des Ellenbogens, am Vorderarm der Hauptsache nach die Streckseite umfassend. Abendtemperatur 38,6.

4. IX. Weiterer Temperaturanstieg auf 39,0, Anschwellung der linken Hand, des linken Vorderarmes und des rechten Fußrückens. An verschiedenen Stellen des Rumpfes flache, flachhandgroße Knoten; besonders solche Stellen sind befallen, an denen irgend welcher Druck durch Aufliegen auf der Unterlage stattfindet. Diese flachen Knoten, ebenso wie die mehr diffusen Anschwellungen im Gesicht und an den Extremitäten, erscheinen auffallend blaß, fühlen sich teigig an. Abendtemperatur 38,9.

5. IX. Die Schwellungen resp. Knotenbildungen haben noch zugenommen, besonders lästig ist die Anschwellung der Kopfhaut, die auffällig schmerzhaft erscheint, so daß Pat. das Liegen qualvoll ist. Haut des Penis ödematös. Morgentemperatur 38,3. Im Laufe des Tages Anschwellung der Zunge und der Uvula, Schluckbeschwerden, gegen abend Heiserkeit, kloßige Stimme, laryngealer Stridor, hochgradige Atemnot, so daß schon die Vornahme der Tracheotomie in Berücksichtigung gezogen wird. Abendtemperatur 38,6. Von sechs Uhr abends an soll Pat. stündlich je drei Chlorkalziumkompretten nehmen.

6. IX. Pat. hat bis gestern abend elf Uhr 20 Stück Kompretten verbraucht. Von Mitternacht an nahm die Atemnot und die Erschwerung des Schluckens, sowie die schmerzhafte Anschwellung der Kopfhaut auffallend rasch ab, so daß Pat. ganz gut schlafen konnte. Heute morgen Temperatur 37,6. Laryngealer Stridor völlig beseitigt, Pat. spricht noch etwas heiser. Anschwellung der Kopfhaut, im Gesicht, am Rumpfe und an den Extremitäten bis auf kleine Reste geschwunden. Pat. fühlt sich vollkommen wohl. Pat. soll tagsüber stündlich eine Komprette nehmen.

7. IX. Gestern abend Temperatur noch 38,3, heute morgen 37,0. Von den Schwellungen resp. Knoten nichts mehr nachweisbar, Stimme normal, Schlucken ohne Hindernis. Fortgebrauch der Kompretten.

8. IX. Gestern abend nochmals leichte Anschwellung der rechten Zungenhälfte und geringe Steigung der Körpertemperatur, heute morgen 36,8. Nirgends eine Spur

---

[1]) JESIONEK, Atl. u. Grundriß d. Hautkrkh. Lehmanns Med. Handatlanten, 1911, Bd. V. — [2]) KROMAYER, Repet. d. Haut- und Geschlkrkh., 1906.

Digitized by Google

von Schwellung zu bemerken. Pat. in vollkommenem Wohlbefinden. Pat. soll in den folgenden Tagen noch zehn Stück Kompretten (pro die) fortgebrauchen.

13. IX. Pat. vollkommen normal. Kompretten nicht mehr erforderlich.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß in diesem Falle ebenso wie in den Urtikariafällen Nr. 3 und 4 die Wirkung der Chlorkalziumkompretten als eine ganz eklatante zu bezeichnen ist, so daß auch für das akute umschriebene Hautödem Quinckes die Verwendung von Chlorkalzium auf das dringendste anzuraten ist.

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

II. Teil.

(Fortsetzung.)

Bezüglich der entzündlichen Reaktion sagten wir, sie sei eine Folge degenerativer bis nekrotischer Veränderungen im Protoplasma der Gewebszellen, Veränderungen, die durch die mannigfaltigste und aus mannigfaltigster Quelle fließende Energie bedingt sein können; ihr Wesen beruhe in einer Reihe von Erscheinungen, von denen wenigstens ein Teil — die von den Blutgefäßen abhängigen Erscheinungen — von dem lädierten Protoplasma selbst inszeniert und dirigiert wird. Im allgemeinen kann man also sagen, das Wesen der Disposition zur Entzündung beruhe darin, wie leicht jene degenerativen und nekrotischen Veränderungen im Zellplasma hervorgerufen werden können. Alles, was den Zutritt der Schädlichkeit zum Zellplasma erleichtert, was die Energie der Schädlichkeit erhöht oder die vitale Resistenz des Plasma herabsetzt, disponiert den Menschen zur entzündlichen Reaktion. So z. B. entzündet sich die Haut der wenig pigmentierten Menschen unter dem Einfluß der Sonnenstrahlen viel leichter als die Haut der stark pigmentierten Menschen. Bei blonden Menschen hat das Sonnenlicht einen leichten Zutritt zum Zellplasma, da ihm kein Pigment im Wege steht. In gleicher Weise verhält sich die Haut anämischer Menschen gegen das Sonnenlicht. Wenn wir mit diesem eine tiefe Entzündung in der Haut hervorrufen, d. h. mit Sonnenlicht das Plasma der tiefer gelagerten Hautzellen schädigen wollen, brauchen wir nur aus der betreffenden Partie das Blut zu verdrängen, das mit seiner roten Farbe das Plasma der Hautzellen vor der Wirkung des Sonnenlichts ebenso

Digitized by Google

schützt wie das rote Glas der Dunkelkammer die empfindliche photographische Platte.

Die klinische und experimentelle Erfahrung lehrt, daß die degenerativen bis nekrotischen Veränderungen des Zellplasmas auch durch Nerveneinflüsse hervorgerufen werden können oder daß die Entzündung auf dem Wege der Nervenbahn entstehen kann. Je überempfindlicher diese Bahn ist, je besser sie leitet, desto eher können diese Veränderungen entstehen. Daher begegnen wir der neurotischen Entzündung so häufig bei hysterischen Personen und solchen Menschen, die aus irgend einem Grunde ein überempfindliches Nervensystem haben.

Der Diabetes, die Tuberkulose, der Alkoholismus, der Morphinismus und eine ganze Reihe anderer Einflüsse schwächt die Vitalität des Organismus. Deswegen erliegt das Zellplasma der mit den genannten Krankheiten behafteten Menschen um so eher dem schädlichen Einfluß verschiedener Reize, und deswegen sind diese Menschen zu Entzündungen der verschiedensten Art disponierter als gesunde, robuste Menschen mit einer durch nichts geschwächten Vitalität des Plasmas. Die Energie der Schädlichkeit können wir z. B. durch Sensibilisierung der Haut steigern.

Damit ist der Stoff noch keineswegs erschöpft. Ich wollte nur einige Beispiele dafür anführen, wie mit Hilfe unseres Schlüssels in einzelnen Fällen die gesteigerte entzündliche Reaktibilität zu erklären ist. Für den Zweck der vorliegenden Studie ist nur das Faktum von Bedeutung, daß eine Disposition zur entzündlichen Reaktion existiert. Deswegen wollen wir uns mit den angeführten Beispielen begnügen.

Außer dieser Art von Disposition, die sich auf die Hervorrufung der entzündlichen Reaktion als Ganzes bezieht, existiert noch eine besondere Disposition des Organismus zur Entzündung mit Rücksicht auf die einzelnen Erscheinungen, aus denen sich die entzündliche Reaktion zusammensetzt. Diese Disposition hängt ab von der Fähigkeit des Organismus, die eine oder die andere der genannten entzündlichen Erscheinungen mehr zur Geltung zu bringen, aber auch von dem Gegenteil, von der eventuellen Unfähigkeit des Organismus, eine der entzündlichen Erscheinungen entsprechend zur Geltung zu bringen. Worin diese Verschiedenheit der Haut der einzelnen Menschen beruht, vermögen wir bis jetzt nicht zu sagen. Sicher gibt es auch hier eine ganze Reihe von Ursachen. Aber selbst wenn wir sie nicht zu erklären vermögen, so wissen wir doch, daß sie existiert, und wissen ferner, daß nur von ihr allein das klinische Aussehen der entzündlichen Effloreszenzen abhängen kann, ganz unabhängig von der Ursache, die die Entzündung hervorgerufen hat. Tryb gelangt zu dieser Erfahrung aus der Betrachtung der psoriatischen Haut, von der er behauptet, daß ihr die Fähigkeit, bestimmte entzündliche Er-

Digitized by Google

scheinungen zu produzieren, fehle. Aus dieser Tatsache leitet er den sehr wahrscheinlichen und interessanten Schluß ab, daß der besondere Charakter des psoriatischen Ausschlags wohl nicht in seiner Ursache beruhen dürfte, sondern in einer Abnormität der Haut des Psoriatikers mit Rücksicht auf die einzelnen entzündlichen Erscheinungen, also im Psoriatiker selbst. Aber in dieser Studie interessiert uns nur die Disposition zur entzündlichen Reaktion als Ganzes.

Auch zur lymphatischen Reaktion sind, wie wir bereits erwähnt haben, manche Menschen mehr disponiert als andere. Das ist eine unzweifelhafte, durch die tägliche Erfahrung mit der Urtikaria bestätigte Tatsache. Die Erklärung des Wesens dieser Disposition kann aber nicht so weit gehen, wie bei der entzündlichen Reaktion. Unsere Erfahrungen über diese Reaktion reichen bis jetzt noch nicht so weit. Im ersten Teil unserer Studie bemühen wir uns, den Nachweis zu erbringen, daß das Wesen der lymphatischen Reaktion in einer plötzlichen Überproduktion von Lymphe in einem umschriebenen Hautbezirk beruht. Und bezüglich der Produktion der Lymphe bemühen wir uns nachzuweisen, daß sie nicht nach physikalischen Gesetzen, sondern nach den Gesetzen der Vitalität vor sich gehe, daß die Lymphe das Produkt der vitalen Tätigkeit der Zellen sei und nicht das Resultat einer Filtration aus den Gefäßen. Das ist aber auch alles, was man über die Produktion der Lymphe mit Sicherheit sagen kann. Schon die Frage, welche Zellen mit dieser Produktion betraut sind, ob die Endothelien der Blutkapillaren oder etwa die Zellen des benachbarten Gewebes, ist strittig. Wir schlossen uns im ersten Teil dieser Studie der Ansicht Heidenhains an, daß diese lymphbildende Tätigkeit den Endothelien der Blutkapillaren zukomme. Unna, der die histologischen Befunde zur Erklärung klinischer Erscheinungen so gut zu verwenden versteht, kann sich mit dieser Hypothese nicht befreunden. Ihm sind die Kapillarendothelien für diese Tätigkeit gar zu unbedeutende Gebilde. Deswegen schreibt er die lymphbildende Tätigkeit dem Plasma der Gewebszellen zu. Selbstverständlich fehlen uns bis jetzt auch absolut alle, selbst die kleinsten Beweise dafür, welcher Art jene vitale Tätigkeit ist, durch welche diese oder jene Zellen die Lymphe produzieren, und ob sie analog ist der sekretorischen Tätigkeit der Drüsenzellen, z. B. der Schweißdrüsenzellen, oder von anderer Art, ob sie vom Nervensystem beherrscht wird usw. Daraus geht aber auch hervor, daß wir uns bis jetzt keine genauere Vorstellung machen können über das Wesen des Reizes, der die lymphatische Reaktion hervorzurufen vermag. Solange diese Fragen nicht gelöst sind, werden wir uns begreiflicherweise auch das Wesen der Disposition zur lymphatischen Reaktion nicht erklären können. Es bleibt nichts anderes übrig, als die klinischen Erfahrungen

Digitized by Google

über alle Details der lymphatischen Reaktion zu sammeln, die uns das Wesen der Disposition zu dieser Reaktion erklären könnten und uns durch die richtige Bewertung der so gewonnenen Erfahrungen allmählich eine Vorstellung über das Wesen der vitalen lymphbildenden Kräfte und deren Regulation zu bilden. Bei der Urtikaria haben wir heute bereits eine große Menge derartigen Materials beisammen. So wissen wir z. B., daß die Disposition zur Urtikaria angeboren oder erworben sein kann. Erwerben kann man sie durch die Wirkung verschiedener Substanzen, die teils mit der Nahrung aufgenommen werden, teils im Darmtrakt selbst durch abnorme Zerfallsprozesse entstehen. Diese beiden Arten von Substanzen bezeichnen wir daher als indirekt urtikariogen zum Unterschied von den direkt urtikariogenen Substanzen, die im Blute zirkulieren und die lymphbildende Tätigkeit der Zellen selbst zur Überproduktion veranlassen können. Bei disponierten Menschen kann sich die Disposition zur lymphatischen Reaktion auf zweierlei Weise äußern: entweder so, daß eine direkt urtikariogene Substanz (z. B. die Gifte verdorbener Wurstwaren, der Muscheln, der Krebse usw.) bei ihnen die Reaktion schon in einer so kleinen Dosis hervorruft, in welcher sie dies bei anderen Menschen, bei Durchschnittsmenschen, nicht imstande ist, oder in der Weise, daß bei ihnen die Reaktion durch einen Reiz hervorgerufen wird, der bei anderen, nicht disponierten Menschen diese Reaktion überhaupt nicht hervorzurufen vermag, z. B. durch einen mechanischen Reiz, durch Sonnenlicht, durch psychische Aufregung und dergleichen.

Die Disposition kann nur gegenüber einer einzigen Substanz oder einem bestimmten Reiz vorhanden sein oder gegenüber mehreren Reizen zugleich.

Von allen diesen Erfahrungen ist für unsere Studie am wichtigsten die aus dem klinischen Verhalten der Urtikaria sich ergebende Tatsache, daß es zur lymphatischen Reaktion disponierte Menschen gibt, bei denen diese Reaktion auch durch einen Reiz hervorgerufen werden kann, der auch die entzündliche Reaktion zu provozieren vermag. Das wissen wir bestimmt von den mechanischen Reizen, vom Sonnenlicht und vom Nervenreiz. Wenn dem aber so ist, dann geht daraus notwendigerweise eine doppelte, wichtige klinische Folgerung hervor:

1. daß es Fälle geben kann, die durch eine Kombination dieser beiden Reaktionen entstanden sind, und

2. daß das klinische Bild der Krankheit nicht immer von der Qualität des Reizes abhängig sein muß, sondern auch von der Reaktibilität des betroffenen Organismus abhängen kann.

Die lymphatische und die entzündliche Reaktion nehmen häufig gleichzeitig an den klinischen Erscheinungen teil. Doch muß man hier

Digitized by Google

zwei Eventualitäten gut unterscheiden. Zunächst gibt es Fälle, und von diesen war in dieser Studie schon wiederholt die Rede, in denen die aus der lymphatischen Reaktion selbst hervorgegangenen Erscheinungen entweder direkt oder indirekt die entzündliche Reaktion hervorrufen. Hier gesellt sich die entzündliche Reaktion erst sekundär der lymphatischen zu. Sie ruft daher an den Hauteffloreszenzen ebenfalls sekundäre Veränderungen hervor. Sie verändert früher oder später die originären, aus der lymphatischen Reaktion selbst hervorgegangenen primären Effloreszenzen, aber immer sekundär. Der Grundprozeß bleibt in solchen Fällen immer die lymphatische Reaktion, während die entzündliche Reaktion stets nur sekundär und mehr oder weniger zufällig ist. Die Krankheitsursache hat in solchen Fällen nur den die lymphatische Reaktion besorgenden Apparat befallen. Die entzündliche Reaktion stellt hier bloß eine Komplikation dar. Es sind dies Fälle, in denen die Pemphigusblase oder die Urtika, wenn sie einige Zeit bestehen, in ihrem histologischen und klinischen Bilde die Erscheinungen der entzündlichen Reaktion aufweisen können: die Dilatation der Gefäße und deren Hyperämie, das entzündliche Infiltrat, die eitrige Trübung des Blaseninhalts und den roten, entzündlichen Rand oder auch das entzündliche Infiltrat der Basis der primären lymphatischen Effloreszenz (Strophulus.)

Kann aber, wie wir bereits oben erwähnt haben, die lymphatische Reaktion, wenn auch nur bei disponierten Menschen, durch einen Reiz hervorgerufen werden, der auch die entzündliche Reaktion hervorrufen kann, dann kann es auch Krankheiten geben, die durch Effloreszenzen charakterisiert sind, die von allem Anfang die Folge der entzündlichen und der lymphatischen Reaktion zugleich sind, an deren Entstehung diese beiden Reaktionen von allem Anfang an mitwirken, also durch primäre entzündlich-lymphatische Effloreszenzen. Hier handelt es sich also nicht um eine Komplikation der ursprünglichen lymphatischen Reaktion mit der entzündlichen, sondern um eine Kombination dieser beiden Reaktionen.

Die Kombination der entzündlichen Reaktion mit der lymphatischen muß aber nicht ausschließlich durch eine erhöhte Disposition des Kranken zur lymphatischen Reaktion bedingt sein. Sie kann auch bei einem Durchschnittsmenschen mit normaler, durchaus nicht gesteigerter entzündlicher und lymphatischer Reaktibilität vorkommen, und zwar dann, wenn auf ihn ein Reiz einwirkte, der das Plasma der Gewebszellen schädigt und zugleich lymphbildende Fähigkeiten besitzt. Dies kann bei den Toxinen mancher pathogener Keime mit Sicherheit vorausgesetzt werden.

Die aus der Kombination dieser beiden pathologisch-anatomischen

Digitized by Google

Prozesse hervorgegangenen Effloreszenzen müssen im allgemeinen die Charaktere der Effloreszenzen der entzündlichen Reaktion aufweisen, bekommen aber durch das Ödem der lymphatischen Reaktion doch einen speziellen Charakter, der eine Unterscheidung von den rein entzündlichen Effloreszenzen ermöglicht. Es ist einleuchtend, daß, wenn sich zwei pathologisch-anatomische Prozesse kombinieren, dies nicht immer in derselben Proportion stattfinden muß. Einmal kann die entzündliche, dann wiederum die lymphatische Reaktion überwiegen. Danach richtet sich natürlich auch das histologische und auch das klinische Bild der Effloreszenzen. Diese können bald den entzündlichen, bald den urtikariellen und pemphiginösen Charakter haben. Da sich aber die beiden pathologisch-anatomischen Prozesse nicht einmal bei ein und demselben Menschen auf allen Hautstellen in der gleichen Proportion kombinieren müssen, wird begreiflicherweise das Aussehen der durch den kombinierten entzündlich-lymphatischen Prozeß entstandenen Effloreszenzen sehr bunt sein. Da es ferner geschehen kann, daß im Verlaufe der Krankheit in der Kombination der eine der beiden Prozesse das Übergewicht über den anderen bekommt, ist es auch begreiflich, daß typische entzündlich-lymphatische Effloreszenzen im Verlaufe der Krankheit leicht das eine Mal in typisch entzündliche und das andere Mal in typisch lymphatische Urtika, Pemphigusblase übergehen können. Auf diese Weise kann das klinische Bild der krankhaften Zustände, der Hautkrankheiten, die durch derartige Effloreszenzen charakterisiert sind, noch bizarrer werden.

Diese entzündlich-lymphatischen Effloreszenzen, deren notwendige Existenz und Charaktere ich aus meinen theoretischen Ausführungen abgeleitet habe, sind unter dem Namen Erythema exsudativum in der Dermatologie bekannt.

Unna schreibt in seiner Histopathologie: „Die Erythemgruppe ist eine klinisch und histologisch gut begrenzte Gruppe von Hautkrankheiten, die ich scharf von den Angioneurosen abtrenne und zu denjenigen Entzündungen rechne, deren Lokalisation in der Haut außer zu einfachen Entzündungserscheinungen auch zugleich zu angioneurotischen Symptomen führt.“ Dieses Zitat soll beweisen, daß ich mit meinen aus theoretischen Voraussetzungen abgeleiteten Ausführungen zu demselben Schluß gelangt bin, zu dem andere durch histologische Arbeiten gelangten.

Das Erythema exsudativum ist nach meiner Auffassung keine Krankheit, sondern eine Hauteffloreszenz ebenso wie die Quaddel. Nach dem oben Gesagten ist sie eine in ihren Details sehr bizarre und vielgestaltige Effloreszenz. Wir unterscheiden z. B. das Erythema exsudativum papulatum, tuberculatum, nodosum, vesiculosum, bullosum, gyratum, annulare, iris usw. Deswegen verdient es auch mit vollem Rechte den Zusatz multiforme.

Digitized by Google

Der durch Kombination der entzündlichen Reaktion mit der lymphatischen entstandene pathologisch-anatomische Prozeß drückt demnach den Hauteffloreszenzen sein eigenes Aussehen, seine eigenen histologischen und klinischen Charaktere auf, durch welche wir sie von den rein entzündlichen und lymphatischen und anderen, z. B. denen der Neubildung, ganz gut unterscheiden können. Daher darf dieser kombinierte Prozeß ebenso wie die übrigen pathologisch-anatomischen Prozesse wenigstens in der Systematik der Hautkrankheiten einen reservierten Platz beanspruchen. Wir müssen also unser pathologisch-anatomisches System nicht bloß um die Gruppe der Anomaliae secretionis lymphae ergänzen, sondern auch durch jene Gruppe, die pathologisch-anatomisch durch die Kombination des entzündlichen Prozesses und der Hypersekretion der Lymphe bedingt ist. Eine Benennung für diesen kombinierten pathologisch-anatomischen Prozeß steht uns bis jetzt nicht zur Verfügung. Ich schlage die Bezeichnung entzündlich-lymphatischer Prozeß vor, wobei das Wort lymphatisch die Hypersekretion der Lymphe andeuten soll. Klinisch äußert sich dieser Prozeß, wie bereits gesagt wurde, durch die als Erythema exsudativum multiforme bezeichnete typische Effloreszenz, die je nach ihrer Größe und ihrem Aussehen in verschiedenen Varianten vorkommen kann.

Eine jede pathologisch-anatomische Gruppe enthält eine größere oder kleinere Anzahl von in bestimmter Weise verlaufenden selbständigen klinischen Typen, eine größere oder kleinere Anzahl von Hautkrankheiten. Es wurde bereits oben gesagt, daß eine Anordnung dieser Gruppen nach einem einheitlichen Prinzip noch nicht durchgeführt ist. Einen Beweis hierfür erbrachte ich bereits bei der Gruppe der Hautkrankheiten auf entzündlicher Basis und bei der Gruppe der Krankheiten auf Basis der Hypersekretion der Lymphe. Die Hautkrankheiten, die wir in die Gruppe auf Basis des kombinierten entzündlich-lymphatischen Prozesses einreihen, können wir nach dem ätiologischen Prinzip einteilen, da der Charakter und Verlauf dieser Krankheiten von ihrer Ursache beherrscht wird.

Es hat sich der Usus eingebürgert, mit der Bezeichnung Erythema exsudativum nicht die Effloreszenzen, sondern die Krankheiten selbst, die klinischen Einheiten, zu bezeichnen. Dieser Vorgang ist falsch, ist aber heute schwer auszumerzen. Deswegen werden auch wir diesen Vorgang befolgen müssen, allerdings unter Wahrung des Standpunktes, daß es besser wäre, wenn wir, wie dies bei der Urtikaria der Fall ist, schon in der Bezeichnung den Unterschied zwischen der Effloreszenz und der durch dieselbe charakterisierten Krankheit zum Ausdruck bringen könnten. Bei der Urtikaria bezeichnen wir nämlich die Effloreszenz als Urtika, die

Digitized by Google

Krankheit als Urtikaria. Bei den exsudativen Erythemen wird die Differenzierung erst durchgeführt werden müssen. Wir reihen also in die Gruppe des kombinierten pathologisch-anatomischen entzündlich-lymphatischen Prozesses eine Anzahl von Hautkrankheiten ein, die unter dem Namen des Erythema exsudativum (multiforme) bekannt sind. Diese können wir vom ätiologischen Standpunkte einteilen 1. in exsudative infektiöse und 2. in exsudative nichtinfektiöse Erytheme. Die infektiösen zerfallen wiederum in zwei klinisch wohl charakterisierte Typen: a) das Erythema exsudativum (multiforme) Hebra und b) das Erythema exsudativum nodosum. Von den nichtinfektiösen Erythemen kommt das Erythema exsudativum toxicum nach verschiedenen toxischen, medikamentösen und anderen Substanzen am häufigsten vor. Doch gibt es auch nichtinfektiöse exsudative Erytheme anderer Art; ein Beispiel hierfür ist ein von uns beobachteter Fall von Erythema exsudativum (multiforme) solare.

(Schluß folgt.)

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

April 1915.

1. Zwei Fälle von Sklerodaktylie, von F. Parkes Weber. Der erste Fall betraf einen 48jährigen starken Zigarettenraucher; vor sieben Jahren begann an der Spitze der linken vierten Zehe eine oberflächliche Gangrän, die zur Abstoßung der Spitze führte. Es folgten noch an anderen Zehen gangränöse Herde, die sogar die Exartikulation der vierten rechten notwendig machten. Nach einer längeren Pause trat ein Geschwür an der linken Ferse auf, das erst nach einem Vierteljahre abheilte; es folgte ein ähnliches an der rechten Ferse. Bei der Aufnahme fand sich die Haut der Zehen beider Füße atrophisch, glänzend, stark gespannt, purpurn gefleckt. Die Füße waren kalt, zeigten keine arterielle Pulsation. Die zweite linke Zehe war im Zustande der trockenen Gangrän, die Spitze war abgefallen, so daß der Knochen hervorragte. Ferner bestand das oben erwähnte Geschwür. Die Röntgendurchleuchtung zeigte geringe Entkalkung der Knochen und partielle Ankylose der Gelenke.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 44jährige Frau, bei der das Leiden vor zwölf Jahren begonnen hatte. Das Gesicht, der Hals und die Klavikulargegend zeigten atrophische, straff gespannte Haut, mit zahlreichen fleckigen und fein verästelten Teleangiektasien und Pigmentflecken an Hals und Klavikeln. Am stärksten waren aber die Hände befallen; die Haut war glänzend, atrophisch, straff über die Finger gespannt, die in verschiedenen Kontrakturstellungen fixiert waren. Des öfteren leidet die Kranke an oberflächlichen Geschwüren an den Fingerknöcheln, die äußerst schmerzhaft sind und nur langsam heilen. Die Zehen und die distalen Teile der Füße sind livid und kalt, an der linken Zehe besteht eine schmerzhafte Ulzeration; doch ist es an den Füßen noch nicht zu dem narbigen, atrophischen Stadium gekommen wie an den Händen. In den Fußarterien ist keine Pulsation zu fühlen. Die Durchleuchtung zeigte atrophische Veränderungen der Gesichtsknochen und der Finger, namentlich der

Digitized by Google

Endphalangen. Schilddrüsen- und Fibrolysinbehandlung hatten nur zweifelhaften Erfolg gehabt. Vor elf Jahren, bevor sich die deutliche Sklerodaktylie entwickelt hatte, hatten einige Finger ein geschwollenes, glänzendes, bläuliches Aussehen.

Verfasser glaubt, daß die Ursache zu diesen atrophischen Veränderungen an den Füßen nicht in einer obliterierenden Endarteriitis oder in einer Thrombose zu suchen sei, sondern in einer Verdickung und Kontraktion der Media. Zu dieser Anschauung gelangte er durch histologische Untersuchungen an einem früheren Falle; bestätigt wurde sie dadurch, daß in einer kleinen Arterie der amputierten Zehe des ersten Falles eine wahre Hyperplasie der glatten Muskulatur der Media gefunden wurde. Verfasser glaubt ferner, daß die Fälle von vorübergehenden Frostbeulen, wie sie im gegenwärtigen Kriege vielfach beobachtet werden, auf einem ähnlichen Prozesse beruhen.

2. Akute Dermatitis durch Koprastaub, von J. M. H. Macleod. Der Kranke, ein Hafenarbeiter, war durch einige Tage damit beschäftigt, ein Schiff mit Kokosnüssen oder Kopra zu entladen; ein Teil der letzteren war wurmstichig und entleerte bei den Manipulationen einen feinen braunen Staub. Am Tage, nach dem er die Arbeit beendet hatte, stellte sich eine Entzündung des Gesichts und der Hände ein. Das Gesicht war geschwollen und gerötet, die Augenlider ödematös; es bestand starkes Spannungsgefühl. Die Handrücken und dorsalen Seiten der Unterarme zeigten dichtgedrängte, papulovesikulöse Effloreszenzen, die stellenweise nässende Herde bildeten. Von neun Männern, die die gleiche Arbeit verrichteten, waren sechs erkrankt, doch nicht so heftig wie der beschriebene Patient.

3. Fall von Tinea Mikrosporon der behaarten Kopfhaut beim Erwachsenen, von W. J. Oliver. Die 32jährige Frau bemerkte am Kopfe eines ihrer Kinder einen „Fleck", den sie durch Waschen mit einem Flanellappen zu entfernen trachtete. Später benutzte sie diesen Lappen zur Kopfreinigung bei sich und den anderen Kindern. Infolgedessen erkrankten sie und im ganzen vier Kinder an typischen roten Ringen an der Kopfhaut und teilweise an der Brust; die Haare brachen kurz ab und fielen aus. Die kulturelle Untersuchung ergab Mikrosporon felineum. Besserung durch Röntgenstrahlen.

Mai 1915.

Ulcus rodens, von E. G. Graham Little. Die Vorstellung und Besprechung mehrerer Fälle von Hautepitheliomen in der dermatologischen Sektion veranlassen den Verfasser, seine Erfahrungen über Ulcus rodens innerhalb von zwölf Jahren zusammenzufassen und zu besprechen. Er beklagt es zunächst, daß die klare klinische Umschreibung des Begriffes Ulcus rodens, die Jacob im Jahre 1827 gegeben habe, nicht mehr so beachtet werde wie früher. Jacob hatte als Charakteristika angegeben: außerordentlich langsame Progredienz, die eigentümliche Beschaffenheit des Grundes und Randes, die geringen Beschwerden, die Unheilbarkeit, außer durch Exstirpation, und das Freibleiben der regionären Lymphdrüsen. In späterer Zeit wurde der mikroskopische Befund zur Charakteristik herangezogen; Krompecher nahm zuerst die Unterscheidung der Hautepitheliome in basozelluläre und spinozelluläre vor. Die mikroskopischen Kriterien erwiesen sich aber nicht als zureichend, um in allen Fällen eine reine Differenzierung zu ermöglichen. Daher führte die intensive, einseitige Beschäftigung mit dem histologischen Bilde zu einer Zurückdrängung und Nichtbeachtung der klinischen Definition; die Folge davon war eine Verwirrung der Diagnose. Little tritt daher dafür ein, daß in Zukunft dem klinischen Bilde mehr Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Bei Analysierung seines Materials hebt Verfasser hervor, daß die Affektion meist durch ein Knötchen eingeleitet werde, das bis zu Orangengröße heranwachsen kann, bevor Ulzeration eintritt. Manchmal entsteht das Ulcus rodens an Stelle von Pigment-

Digitized by Google

flecken, Narben, Indurationen, Traumen; häufig wird auch berichtet, daß es sich auf Greisenwarzen etabliert. Die beiden Geschlechter sind ziemlich gleich häufig befallen; die meisten Kranken stehen im Alter von 55—65 Jahren. Bemerkenswert ist, daß Verfasser die Affektion unter den wohlhabenden Ständen öfter beobachtet hat als bei den ärmeren. Die Behandlung bestand bis vor kurzer Zeit nur in Exzision des Geschwüres; nunmehr ist aber im Radium ein ausgezeichnet wirkendes Mittel gewonnen. Verfasser hat aber auch Kohlensäureschnee in Anwendung gebracht und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Hervorzuheben wäre noch, daß L. das Epithelioma adenoides cysticum nicht zum Ulcus rodens rechnet. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Kompendium der Röntgenaufnahme und Röntgendurchleuchtung, von Dessauer und Wiesner. (Zweite vollständig umgearbeitete Ausgabe in zwei Bänden, Leipzig 1915, Nemnich.) Das jetzt in zwei Bänden erscheinende Werk von Dessauer und Wiesner ist, wie die Verfasser in der Vorrede sagen, entsprechend den modernen Fortschritten, vollkommen umgearbeitet. Der Abschnitt über Geschichte der Röntgentechnik ist fortgeblieben. Das Kompendium soll kein tiefgründiges wissenschaftliches Werk, sondern ein technisches Handbuch sein. Die physikalischen Erklärungen Dessauers sind von einer erfreulichen Klarheit und Kürze; es bleibt auch nicht die geringste technische Einzelheit unerklärt, so daß der Leser die angenehme Überzeugung gewinnt, mit seinen Kenntnissen auf festem Grunde zu stehen. Gerade die elektrotechnischen Schlagworte machen es dem Arzte heutzutage so schwierig, sich in den Apparaten zurecht zu finden. Besonders wohltuend ist aber auch die knappe, an die Aufmerksamkeit des Lesers allerdings Ansprüche stellende Form, die frei ist von lästigen Wiederholungen. Besonders lehrreich ist das zweite Kapitel über die elektrische Apparatur. Im vierten Kapitel werden dem praktischen Arzte Ratschläge bei der Neueinrichtung von Röntgenanlagen gegeben, im fünften die Aufnahmegeräte und die Einrichtung der Röntgenzimmer genau beschrieben. Die Prinzipien der Momentaufnahme und Kinematographie sind im sechsten Kapitel erörtert. In die geometrischen und physikalischen Grundlagen der stereoskopischen Aufnahme und Durchleuchtung führt den Leser der kurze, anschauliche Aufsatz von Dr. Freiherr von Wiesner ein. Der zweite Teil des ersten Bandes behandelt die photochemischen Hilfsmethoden. Im zweiten Bande beschreibt Wiesner-Aschaffenburg in lehrreicher Weise das Aufnahme- und Durchleuchtungsverfahren der Praktiker. Die spezielle Aufnahme- und Durchleuchtungstechnik ist mit zahlreichen guten osteologischen Abbildungen und Photographien versehen, so daß der Praktiker kaum über irgend etwas im Zweifel sein wird. Entsprechend der Wichtigkeit und Schwierigkeit der Schädelaufnahme ist dieser Abschnitt besonders ausführlich gehalten. Die Zahnaufnahmen, die Thoraxaufnahme und -durchleuchtung, die Orthodiagraphie, sowie die Teleaufnahme werden entsprechend berücksichtigt. In besonderen Kapiteln wird dann noch die klinische Bedeutung des Röntgenogramms für Lungen- und Herzerkrankungen, für den Digestivtrakt, das uropoetische System, besonders für Konkrementaufnahmen, die Leber usw. behandelt. Einige Kapitel sind der Stereoskopie gewidmet. Von besonderer Ausführlichkeit ist ferner das Kapitel über Fremdkörperlokalisation, entsprechend der großen Bedeutung dieses Verfahrens in unseren Tagen. Ein Kapitel über eine Vorrichtung zur exakten Becken- und Herzmessung vervollständigt diesen Teil. Der zweite Band ist mit 31 vorzüglichen Tafeln ausgestattet.

Digitized by Google

Vademekum für die Verwendung der Röntgenstrahlen und des Distraktionsklammerverfahrens im Kriege, von Hackenbruch-Berger. (Leipzig 1915, Otto Nemnich.) Das vorliegende, mit 177 Abbildungen sehr reichlich ausgestattete Werk umfaßt zwei Teile, die der Krieg, wie vieles andere, auch geeinigt hat, die aber ganz verschiedene Gebiete bearbeiten. Die Verwendung der Röntgenstrahlen im Kriege von Ingenieur Wilhelm Berger verdient in seinen kurzgefaßten klaren Sätzen, die aus der umfangreichen Lehre der Röntgenpraxis für den vorliegenden Zweck der Röntgenaufnahmen im Felde nur das Gerippe der Technik skizzieren, mit Recht den Namen eines Vademekums. Zumal für die Ärzte, die sich in der Röntgenkunde und besonders in dem Instrumentarium neu zurechtfinden müssen, wird es eine brauchbare Anleitung sein. Es umfaßt die Kapitel der Röntgenzimmereinrichtung, des Instrumentariums, der Photographie, der Durchleuchtung und speziell das Gebiet der Bestimmung der Geschoßlage.

Die zweite Abhandlung von Prof. Dr. Hackenbruch-Wiesbaden führt in Bild und Text den speziellen Teil der Behandlung von Knochenbrüchen durch das Distraktionsklammerverfahren aus. Überzeugend werden die Vorteile geschildert, die dies im Frieden von ihm erprobte Verfahren hat. Sie bestehen darin, daß durch dasselbe es möglich ist, die Bruchstücke in eine gute Lage zu bringen und darin zu erhalten, trotzdem die benachbarten Gelenke aktiv bewegt werden. Dadurch wird schnelle Konsolidierung erzielt und Atrophie sowie Versteifung vermieden.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Beitrag zur Kenntnis der Blattern, von J. Hlava-Prag. (Časopis lékařův českých, 1914, Nr. 41.) Nachprüfungen der Methode von Fornet ergaben, daß pulverisierter Pustel- und Borkeninhalt mit Äther nicht sicher keimfrei zu machen ist; selbst nach dreitägigem Schütteln mit Äther gingen auf Nährböden Mikrobien auf, von denen Sarcina am resistentesten war. Verfasser erzeugte bei einem Affen durch Verimpfung eines zur Untersuchung eingesandten Materials eine ungewöhnlich ausgebreitete Variola. Als der Affe bereits fast genesen war, erkrankte ein zweiter Affe, dem der Verfasser defibriniertes Scharlachblut intratracheal inokuliert hatte, an Variola, der er erlag. Die Sektion ergab Sepsis ex variola; in Blut und Milz Staphylococcus pyogenes aureus. Offenbar hatte die Intoxikation mit Scharlachblut eine Prädisposition geschaffen. Der Weg der Infektion blieb unklar (Kleidung des Dieners? Instrument?) Von dem zweiten Affen infizierten sich bei der Vorlesung vier Mediziner (alle waren in der Kindheit geimpft, zwei von ihnen revakziniert); auch hier ist der Weg der Infektion unaufgeklärt. Hlava meint, daß die Studenten aufgewirbelten Staub einatmeten, dem Variolaschüppchen beigemengt waren. G. Mühlstein-Prag.

Über die Diagnose der Pocken, von G. Jochmann-Berlin. (Virch. Arch., 1914. Bd. 216, H. 3.) Verfasser bespricht eingehend die Symptomatologie und die einzelnen diagnostischen Merkmale der Variola und hebt die differentialdiagnostischen Erscheinungen anderer ähnlicher Infektionen hervor. Neben den genannten klinischen Unterscheidungsmerkmalen kann man in der Eruptions- und Suppurationsperiode auch biologische Momente zur Differentialdiagnose heranziehen. Gelingt es, die Guarnierischen Körperchen durch Verimpfung des Pustelinhaltes auf die Hornhaut eines Kaninchens nachzuweisen, so spricht das mit Sicherheit für die Diagnose Variola.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Über Diagnose und Therapie der Pocken, von Jochmann-Berlin. (M. Kl., 1914, Nr. 51/52.) Soweit das in einer kurzen Arbeit in einer Wochenschrift möglich ist, behandelt Jochmann die Frage der Diagnose und Therapie der Pocken, eine Frage, die angesichts der durch den Krieg drohenden Gefahr der Einschleppung besonders aktuell erscheint, zumal die Mehrzahl der jetzt fungierenden Ärzte wohl nie einen Fall von Variola vera gesehen haben dürfte. Jochmann bespricht zunächst die Diagnose im Initialstadium; in dieser Zeit ist dieselbe besonders schwer und gerade für den Patienten wie für die Umgebung besonders wichtig, damit durch rechtzeitige Isolierung der Weiterverbreitung möglichst vorgebeugt wird. Anhaltspunkte sind: der plötzliche Anstieg der Temperatur (bis 41° und darüber am ersten Tage), die fast nie fehlenden starken Kreuzschmerzen und die sofort einsetzende Hinfälligkeit und Mattigkeit des Kranken. Anamnestisch ist von Wichtigkeit die Herkunft des Kranken, die Frage, ob und wie oft und wann er zum letzten Male geimpft worden ist. Auch treten oft schon am zweiten Tage Hauterscheinungen auf. Dieselben haben entweder eine erythematös-roseolöse Form und sind besonders am Anfang im Gesicht und dann an den Streckseiten der Extremitäten lokalisiert, oder sie haben eine petechiale Form, bei welcher die einzelnen punktförmigen Blutungen so dicht aneinander stehen, daß der Eindruck einer diffusen Röte (skarlatiniform) zustande kommt, besonders an den Prädilektionsstellen: dem Schenkeldreieck und dem Oberarmdreieck. Die letztere Form ist seltener als die erstere und fast stets der Vorläufer der echten Variola, während die erstere mehr im Prodromalstadium der Variolois auftritt und daher prognostisch günstiger ist. Jedoch betont Jochmann ausdrücklich, daß es falsch wäre, aus der Schwere der Prodromalerscheinungen einen Schluß auf die Schwere der Erkrankung zu ziehen. Das Initialstadium dauert mit den geschilderten schweren Erscheinungen zirka drei Tage. Dann beginnt die Eruptionsperiode. Es würde den Rahmen des Referates weit überschreiten, die differentialdiagnostischen Momente wiederzugeben, die Jochmann für die Variola vera aufzählt gegenüber der Variolois, den Varizellen, den Masern, Scharlach, dem Flecktyphus, dem Typhus abdominalis, der Pneumonie, den pustulösen, syphilitischen Ausschlägen, der Akne, der Impetigo contagiosa und den pustulösen Exanthemen bei septischen Erkrankungen. Mit allen diesen Erkrankungen hat das Krankheitsbild der echten Pocken, je nach der Periode, in der man die Erkrankten zu sehen bekommt, Ähnlichkeiten, die die Diagnose oft sehr schwierig gestalten. In bezug auf die Prophylaxe betont der Verfasser, daß die Jennersche Schutzimpfung das souveränste Mittel bleibt. Da die Inkubationszeit der Vakzine um vieles kürzer ist als die der Variola, so kann man durch eine rechtzeitige Schutzpockenimpfung noch sehr viel erreichen. Wenn es selbst nicht gelingt, durch Impfungen im Inkubations- oder Initialstadium den Ausbruch der Krankheit ganz zu verhindern, so erreicht man doch einen milderen Verlauf derselben. Nach Ausbruch der spezifischen Pockeneruption ist die Impfung zwecklos. Die Therapie ist eine rein symptomatische. Wichtig ist die Unterbringung der Variolakranken in einem luftigen Krankenraum. Über die Rotlichtbehandlung nach Niels Finsen hat Verfasser noch keine abschließenden Erfahrungen sammeln können. Ein Nachteil derselben ist, daß eine Lüftung der für Rotlichtbehandlung eingerichteten Räume kaum möglich ist. Dagegen verspricht sich Jochmann gute Erfolge von der Durchführung des Dreyerschen Vorschlages: die völlig entkleideten Patienten auf wasserdichte Unterlage zu betten und den ganzen Körper mit einer gesättigten Lösung von Kaliumpermanganat einzupinseln, und zwar in den ersten Tagen 2—3mal, an den folgenden einmal, bis der ganze Körper eine tiefblaue Färbung hat. Damit soll erreicht werden: 1. eine Verfärbung der Haut ähnlich wie bei Rotlichtbehandlung mit günstigem Einfluß auf den Eiterprozeß, und 2. eine desinfizierende und desodorierende Wirkung.

Digitized by Google

Der Verfasser hat in vier schweren Pockenfällen das Verfahren mit erstaunlich gutem Erfolge angewendet; die Krankheitsdauer ward abgekürzt, und es blieben keine Narben zurück. Im Stadium der Eintrocknung steht die Hautpflege mit lauwarmen Bädern (eventuell Kleiezusatz) im Vordergrunde. Niemals sollen die Borken gewaltsam abgekratzt werden. Für zurückbleibende Narben verweist Jochmann auf die Arbeit von Unna jun., B. kl. W., 1914, Nr. 40. O. Lasch-Breslau.

Zur Differentialdiagnose der Variola und der Varizellen. Die Erscheinungen an der variolierten Hornhaut des Kaninchens und ihre frühzeitige Erkennung, von Gustav Paul-Wien. (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 75, H. 7.) In den Veränderungen an der variolierten Hornhaut des Kaninchenauges lassen sich die Guarnierischen Körperchen verhältnismäßig spät erst feststellen. Zur frühzeitigen Diagnose, die besonders in sanitätspolizeilichem Interesse wichtig ist, hat Verfasser folgendes Verfahren verwertet: Am 2.—3. Tage nach Inokulation des variolahaltigen Materials in die Kornea des Kaninchenauges sieht man bei kurzer, $^1/_2$—1 Minute dauernder Behandlung des enukleierten Bulbus in Sublimatalkohol (zwei Teile einer gesättigten wässerigen Lösung — 2 g in 30 g Wasser kochen, nach dem Erkalten filtrieren — von Sublimat + 1 Teil absolutem Alkohol) die kleinen Herdnekrosen sofort als kreideweiße Pünktchen und kreisrunde, zum Teil konfluierende Knöpfchen zutage treten. Dieses Phänomen ist so charakteristisch und pathognomonisch, daß man mit absoluter Sicherheit schon makroskopisch die Varioladiagnose stellen kann. Bei Inokulation von Varizellenmaterial fehlt diese Veränderung vollkommen. P. hält es nach seinen Erfahrungen für erlaubt, schon auf Grund der makroskopischen Feststellung der Epithelnekrosen an der variolierten und mit Sublimatalkohol behandelten Kaninchenhornhaut die Einleitung von sanitätspolizeilichen Maßregeln zur Blatternbekämpfung veranlassen zu dürfen.

O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Über Blattern und Blatternbekämpfung, von Gustav Paul-Wien. W. m. W., 1914, Nr. 51 und 52.) Schilderung der Nosologie, Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Hervorzuheben ist der Vorschlag einer exakten Erhebung von Blatternfällen. Nach der Meinung des Verfasser soll dieselbe folgende Punkte umfassen. Die Erhebung des Impfzustandes des Erkrankten, wobei nicht die Angaben des Betreffenden, sondern nur das Vorhandensein bzw. Fehlen von Impf- oder Revakzinationsnarben für die Beurteilung maßgebend sein sollen. Weiter ist die Ätiologie (Einschleppungsmoment) nach Möglichkeit festzustellen, die ausführliche Aufnahme des Status praesens mit genauester Schilderung des Exanthems nach Morphologie und Verteilung; wo irgend möglich sollte bei sporadischen Fällen eine photographische Aufnahme, namentlich auch der Hand- und Fußflächen, erfolgen. Schließlich sollte eine Entnahme des Pustelinhaltes und Einsendung an eine mit den Untersuchungsmethoden der experimentellen Varioladiagnose genau vertraute Anstalt unter den gebotenen Vorsichten erfolgen.

H. Vörner-Leipzig.

Zur Diagnose und Therapie der Variola, von Gustav Morawetz-Wien. (W. m. Wschr., 1915, Nr. 20.) Mitteilung über die während der gegenwärtigen Blatternepidemie in Wien gemachten Erfahrungen. Das zur Verfügung stehende Material umfaßt 1200 Fälle. H. Vörner-Leipzig.

Ergebnisse der Pockenimpfung bei Affen, von P. M. Ashburn, E. B. Vedder und E. B. Gentry-Manila. (The Philippine J. of Sc., Dezember 1913, Bd. 8, H. 6.) Die Verfasser berichten über vier Versuchsreihen. 1. Experimente mit dem Blaseninhalt in einem Falle von disseminierten Pocken. Das Material stammte von einem an Pocken erkrankten Holländer, der im Jahre 1884 als Kind mit Erfolg, im Jahre 1900 mit unsicherem Erfolg geimpft worden war; er erkrankte 1912 an Pocken und kam am

Digitized by Google

achten Tage in Behandlung; der Körper, besonders Rumpf und obere Extremitäten, war bedeckt mit mäßig reichlichen zerstreuten Pusteln, deren Inhalt in Tuben aufgefangen und einigen Affen am Bauche inokuliert wurde; bei den früher schon geimpften Affen traten ohne sichtbare Variola Symptome leichter Temperatursteigerungen ein, die ohne Störung des Allgemeinbefindens schnell wieder zurückgingen. Bei den früher noch nicht geimpften Tieren traten unter mäßigem Fieber primäre und sekundäre Symptome der Impfvariola auf, heilten aber ziemlich schnell ab. Ein Teil des Blaseninhaltes war in den Tuben 24 Tage in Eis gehalten worden und vermochte bei dann erfolgter Impfung auch bei vorher nicht geimpften Tieren nur ganz ephemer Fieber und geringe, schnell verschwindende atypische primäre Eruptionen hervorzurufen; sekundäre Symptome fehlten völlig; das Virus hatte also seine Kraft verloren. 2. Experimente mit den Borken und Schuppen der Bläschen desselben Patienten, die sorgfältig teils in Glyzerin, teils trocken aufgehoben wurden. Die Impfresultate waren sehr gering, zum Teil negativ. 3. und 4. Experimente mit Schuppen und Krusten fast eingetrockneter Blasen von Affen und eines in der Rekonvaleszenz eines leichten Falles von Variolois befindlichen Mannes. Auch diese Experimente fielen fast völlig negativ aus, so daß erwiesen scheint, daß Borken und Decken von Variolablasen nur einen sehr geringen Grad von Giftigkeit besitzen und diesen sehr schnell verlieren.

O. Lasch-Breslau.

Zur Nachprüfung der Reinzüchtung des Pockenerregers, von G. Seiffert. (D. m. W., 1914, Nr. 25.) Verfasser hat die von Fornet angegebene Methode der Reinzüchtung des von Fornet als Erreger der Pocken aufgefundenen und angesprochenen Microsoma variolae an Material nachgeprüft, das ihm von Fornet selbst zur Verfügung gestellt war, wobei sich herausstellte, daß die Verwendung von Äther zur Sterilisierung der Lymphe allerdings die Begleitbakterien völlig abtötet, zugleich aber auch den Pockenerreger selbst schwer schädigt. Für ein Gelingen der Weiterzüchtung des Erregers sprechen seine Versuche nicht, wie ja auch andere Forscher schon feststellten.

S. Levy-Hamburg.

Über primäres Auftreten der Blattern im Rachen und in den oberen Luftwegen, von Karl Walko-Ujvidek. (Prag. m. Wschr., 1915, Nr. 12.) Die Infektiosität der Blattern im Inkubations- und Prodromalstadium ist nur auf die Schleimhautaffizierung zurückzuführen. Die primäre Infektion der Schleimhäute wird durch bereits bestehende Affektionen, besonders Katarrhe, erleichtert. H. Vörner-Leipzig.

Untersuchungen über die Hämatologie der Variola und der Vakzine, von Max Schatzmann-Bern. (Zschr. f. klin. M., 1914, Bd. 80, H. 3/4.) Verfasser kommt auf die Frage, ob das Blutbild irgend welche prognostische Schlüsse auf den Verlauf der Erkrankung ziehen lasse, ob es diagnostisch nur zur retrospektiven Diagnose, ähnlich wie z. B. bei Typhus abdominalis, verwendet werden kann, zu folgenden Schlußfolgerungen: Es besteht im Inkubationsstadium der Variola eine jedenfalls polynukleäre Leukozytose. Im exanthematösen Stadium sind die Gesamtleukozyten nicht vermehrt, im vesikulösen tritt eine hochgradige Leukozytose ein durch eine Vermehrung der Lymphozyten. Ein Vorwiegen der polynukleären Leukozyten weist auf eine Komplikation hin. In der Rekonvaleszenz vermehren sich die eosinophilen Zellen. In schwereren Fällen treten Türksche Reizungsformen, Myeolozyten und kernhaltige, rote Blutkörperchen auf. Als prognostisch ungünstiges Zeichen sieht man das Vorkommen einer bedeutenden Zahl von Myelozyten und kernhaltigen, roten Blutkörperchen, namentlich bei geringer Gesamtleukozytose, an. Zur retrospektiven Diagnose kann bei der sehr lange andauernden Vermehrung der Lymphozyten die morphologische Blutuntersuchung von Wert sein. Zwischen dem Blutbild der Variola und demjenigen der Vakzine besteht eine Analogie

Digitized by Google

sowohl in bezug auf die quantitativen Verhältnisse der Gesamtleukozyten als auch in bezug auf das Verhalten der einzelnen Zellarten. Die Unterschiede sind nur graduell. Variola und Vakzine sind im Wesen dieselben Prozesse. W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Kenntnis des Blutbildes bei Pocken, von Walther Fischer-Shanghai. (Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg., 1915, Bd. 19, H. 11.) Übereinstimmend mit den Angaben Jochmanns konnte F. feststellen, daß im Beginn und während des Höhestadiums der Pockeneruption sich eine mäßig starke oder auch stärkere Hyperleukozytose findet; ferner eine Reizung des Knochenmarks, die sich dokumentiert durch das Auftreten von Markzellen (Myeloblasten) und von kernhaltigen, roten Blutkörperchen (Normoblasten) im strömenden Blut; besonders die letzteren sind oft in erheblicher Menge vorhanden. Ferner ist bemerkenswert das Auftreten lymphozytärer Reizformen, die in einigen Fällen in sehr großer Menge vorhanden waren. Die eosinophilen Leukozyten sind in fast allen Fällen während des Höhepunktes der Erkrankung und noch einige Zeit nachher an Zahl vermindert. Eine Erhöhung der Werte für die eosinophilen Zellen fehlt durchgehends, ist auch während der Rekonvaleszenz in keinem Falle festzustellen gewesen. Über die basophilen Leukozyten ist nichts Besonderes zu bemerken. In den späteren Stadien der Krankheit (Stadium der Desikkation) sind die Zeichen einer Knochenmarksreizung meistens noch eine ganze Zeitlang festzustellen, indem immer noch vereinzelte Myelozyten und lymphozytäre Reizformen und kernhaltige rote Blutkörperchen oft noch in erheblicher Menge im strömenden Blute angetroffen wurden. Die Hyperleukozytose ist jetzt fast durchweg verschwunden. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Komplementbindung bei Variola, von A. Klein-Prag. (M. m. W., 1914, Nr. 47.) Nach den Resultaten, welche K. bei vier Variolakranken in bezug auf Komplementbindung bei Verwendung von Pustelinhalt resp. einer Emulsion von Variolakrusten als Antigen erzielte, kommt er zu der Schlußfolgerung, daß der Variola ein ganz spezifisches Hemmungsvermögen eigen ist. Weder die Kontrollen mit normalem Serum noch diejenigen mit zweifellosem Luesserum zeigten im geringsten die mit dem Variolaserum zu erzielende, deutlich ausgeprägte Hämolysenhemmung. Die mit einer Mazeration von Krusten ausgeführten Reaktionen waren im allgemeinen noch präziser als diejenigen, bei denen Pustelinhalt verwendet wurde. Es handelt sich demnach dabei um eine echte Antigen-Antikörperreaktion, wobei wahrscheinlicherweise die Erreger der Variola selbst das Antigen darstellen. Aus der nicht gerade reichlichen Literatur über diesen Gegenstand führt Verfasser einige analoge Mitteilungen an. A. Philippi-Salzschlirf.

Komplementbindung bei Variola, von A. v. Kouschegg-Wien. (M. m. W., 1915, Nr. 1.) Im Anschluß an die Mitteilung von Klein (M. m. W., 1914, Nr. 47) berichtet Verfasser, daß er im Februar des Jahres Gelegenheit hatte, analoge Erfahrungen bei fünf Variolakranken zu sammeln. Auch ihm erwies sich eine Suspension von Pockenborken als das beste Antigen, während der alkoholische Extrakt von Haut, Milz und Leber einer an Variola verstorbenen Person nur in frischer Bereitung deutlich hemmend wirkte und animalische Lymphe erst bei Dosen sich wirksam erwies, welche auch bei normalem Serum eine Spur von Hämolysenhemmung erkennen ließen. Übereinstimmend mit Klein hat Verfasser ferner auch gefunden, daß die Wirksamkeit des Borkenextraktes durch Kochen aufgehoben wird. Eine Bestätigung der Spezifität des Antigens ergab sich noch aus dem negativen Ausfall der Probe bei zwei Fällen von Varizellen. A. Philippi-Salzschlirf.

Komplementbindung bei Variola, von A. v. Kouschegg-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 17.) Zur Vornahme der Reaktion eignete sich Borkenextrakt, 0,5 frische Borken in 6 ccm phys. Kochsalzlösung verrieben und die dekantierte Flüssigkeit auf das Fünffache verdünnt, für die Reaktion wurde 0,05 Patientenserum in 2 ccm Verdünnung

Digitized by Google

und 0.05 Komplement und steigende Antigendosen von 0,05—0,25 benutzt. Nachdem die Röhrchen eine Stunde bei 37° C belassen waren, wurde die dreifache Menge des für das hämolytische System ausgewerteten Immunserums, sowie 0,05 gewaschene Hammelblutkörperchen in der Konzentration des Blutes zugefügt. Die Hämolysehemmung trat bei 0,05 Antigen ein und war bei 0,1 komplett. Ein positiver Ausfall konnte schon am ersten Tage der Erkrankung wahrgenommen werden, mit dem Fortschreiten der Krankheit nimmt auch die Deutlichkeit der Reaktion zu, um nach völliger Abborkung abzunehmen und schließlich zu verschwinden. H. Vörner-Leipzig.

Neue Erfahrungen über Pockennarbenbehandlung, von P. Unna jun. (B. kl. W., 1914, Nr. 40.) Verfasser empfiehlt bei gröberen Entstellungen zunächst chirurgisches Vorgehen (Skarifikationen) sowie Elektrolyse, ferner Verdünnung der Hornschicht durch Schälkuren, besonders vermittels des Salizylkollodiums. Die Hauptbehandlung bildet dann die Kohlensäureschneebehandlung, für die derjenige, der sich dafür interessiert, hier eingehendere Anweisungen findet. Zu gleicher Zeit wird durch Fibrolysininjektionen eine ständige Resorption in Gang gehalten. Als Nachbehandlungen kommen darum in Betracht Salizylpflaster und Thiosinaminapplikation, letztere besonders in Form der Thiosinaminkataphorese. Abwechselnd damit läuft die Polierbehandlung der Haut, die ebenfalls eingehend beschrieben wird. Verfasser will auf diese Weise auch bei den schlimmsten Pockennarbenfällen eine bedeutende Verbesserung erzielen können.

E. Klemm-Leipzig.

Zur Behandlung der Pocken, von Volland-Davos-Dorf. (Ther. Mh., 1915, H. 3.) Verfasser holt zur Ergänzung einer früheren Arbeit die Erwähnung der Pockenbehandlung mit rotem Licht nach, wie sie Finsen angegeben hat. Durch diese Behandlungsart soll das Eiterfieber und die Narbenbildung vermieden werden. H. Boehme-Leipzig.

Die Finsen-Behandlung bei Pocken, von C. H. Würtzen-Kopenhagen. (Ther. Mh., 1914, Nr. 10.) Gegenüber pessimistischer Beurteilung der Variolatherapie von anderer Seite macht Verfasser auf Finsens Behandlung der Pocken im roten Zimmer oder — bis man eine solche Installation beschaffen kann — durch vollständige Dunkelbehandlung aufmerksam. Man entgehe dadurch dem Suppurationsfieber wie auch den Narben. E. Klemm-Leipzig.

Elektrargol bei Pocken und Pest, von R. Denman-Mauritius. (B. m. J., 6. Juni 1914.) Verfasser ergänzt seine frühere Mitteilung über diesen Gegenstand (B. m. J., 11. Oktober 1913) durch einen weiteren Bericht über die günstige Wirkung der intravenösen Injektion von Elektrargol in großen Dosen bei Pocken und Bubonenpest. Bei der ohne Bubonenbildung verlaufenden Form der Pest ist das Mittel allerdings auch unwirksam wie jede andere Therapie. Dagegen wurden von 20 Pestfällen, welche binnen 48 Stunden schon in Behandlung kamen, 15 geheilt; von 28 später zur Behandlung kommenden wurden aber nur 4 gerettet. Den Pockenkranken wurde (anfangs) die Wahl der Behandlung gelassen. Unter 94 symptomatisch behandelten Fällen von konfluierenden Pocken starben 65; von 136 mit Elektrargol behandelten nur 21. Von 9 symptomatisch behandelten Fällen von hämorrhagischen Pocken starben 8; von 20 mit Elektrargol behandelten starben 5. A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreich Bayern im Jahre 1913, von A. Groth. (M. m. W., 1915, Nr. 14.) Von der Zentrallymphanstalt wurden im genannten Jahre 352 902 Portionen Lymphe für öffentliche und 7928 Portionen für private Impfungen abgegeben. Aus dem vorliegenden Bericht ist nicht mit Sicherheit zu entnehmen, daß die Zahl der Impfungen auch der Zahl der Portionen entspricht. Immerhin ist beachtenswert, daß nur bei 26 Fällen eine ulzeröse Entartung der Impfpusteln Platz griff und eitrige Entzündung der Achseldrüsen bei

Digitized by Google

sieben Kindern vorkam. Über Erysipel wird viermal berichtet, und bei drei Impflingen entwickelte sich eine schwere Erkrankung an konfluierender Vakzinia; diese drei Kinder waren alle mit Ekzem behaftet. Tödlich verlaufende interkurrente Erkrankungen während der Impfperiode kamen 21 mal vor, Eklampsie, Ernährungsstörungen, Erkältungsnephritis usw. Verfasser berechnet, daß dies einer Mortalität von nur 3,2 aufs Tausend und aufs Jahr entspricht, also ein Minimum gegenüber der sonstigen Sterblichkeit, die sich fürs erste Lebensjahr auf 198,7, fürs zweite auf 31,4 und fürs dritte auf 10,1 beziffert. Daß das (nicht durchgängig geübte) Desinfizieren der Haut vor der Impfung von wesentlichem Einfluß war, konnte nicht nachgewiesen werden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Bericht über den Verlauf der Militärimpfungen anläßlich der Pockenfälle in der Kaserne Aarau, von Leutnant Remund. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, Nr. 48.) Bestätigt die bekannte Tatsache, daß zum ersten Male geimpfte Erwachsene schwerer reagieren als Vorgeimpfte. S. Levy-Hamburg.

Winke für das Impfverfahren, von Isadore Dyer-New Orleans, La. (The Amer. J. of Trop., Dezember 1913, Bd. 1, Nr. 6.) Die hier vorgeschlagenen Maßnahmen, die dazu dienen sollen, das Impfen gefahrlos und erfolgreich zu machen, sind bei uns in Deutschland teils gesetzlich festgelegt, teils den Impfärzten so in Fleisch und Blut übergegangen, daß ein Referat überflüssig erscheint. O. Lasch-Breslau.

Diabetes mellitus und Impfung, von Zipfer. (D. m. W., 1915, Nr. 21.) Z. hat fünf Diabetiker geimpft und keinen nachteiligen Einfluß davon gesehen.

E. Brinitzer-Altona.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Abgabe von Mitteln gegen Geschlechtskrankheiten usw. Durch Verordnungen einiger Generalkommandos, denen andere wohl noch folgen dürften, ist die Privatbehandlung von Geschlechtskrankheiten durch ärztlich nicht approbierte Personen, ferner der Verkauf von Abtreibungsmitteln, Rat und Hilfe an Frauen und Mädchen, öffentliche Anpreisung und Ausstellung von empfängnisverhindernden Mitteln bei hohen Strafen verboten worden.

Diese Verordnungen betreffen in einigen Punkten auch die Apotheken; es ist deshalb ganz besondere Vorsicht am Platze, um nicht fahrlässig gegen solche Verordnungen zu verstoßen.

In einer Besprechung des vorliegenden Gegenstandes schrieb die Pharm. Ztg. in Nr. 58, 1915:

Der im Jahre 1910 dem Reichstage vorgelegte Entwurf eines Gesetzes gegen Mißstände im Heilgewerbe sah ebenfalls ein Verbot der „Behandlung aller Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane" usw. durch nicht approbierte Personen vor. Bei der Kommissionsberatung war auch erwogen worden, wie weit dieses Verbot die Verkaufstätigkeit der Apotheker beeinflussen könne. Zur Klärung dieser Frage gab in der Kommissionssitzung vom 30. März 1911 der Herr Ober-Reg.-Rat Isenbart namens der Regierung die folgende Erklärung ab:

„Es ist streng zu unterscheiden zwischen dem bloßen Verkauf von Heilmitteln und der Behandlung unter Abgabe von Heilmitteln. Das bloße Verkaufen von Heilmitteln durch Detaillisten stellt eine Behandlung im Sinne dieses Gesetzes nicht dar. Das Gewerbe des Detaillisten ist auf den Absatz von Waren gerichtet: ein Veräußern in

Digitized by Google

dem Rahmen dieses Gewerbebetriebes ist Verkauf, keine Behandlung. Selbst das Anpreisen eines Heilmittels, z. B. eines Frostmittels, eines Hustenmittels, fällt noch in den Rahmen des Verkaufsgeschäftes. Eine Behandlung setzt erst dann ein, wenn der Verkäufer über den Krankheitszustand des Patienten eine Prüfung vornimmt und nach deren Ergebnis das zu verabfolgende Mittel auswählt. Dem ist es gleich zu achten, wenn der Verkäufer die Prüfung zwar in Wirklichkeit nicht vornimmt, aber bei dem Käufer die Vorstellung erweckt, als ob eine solche Prüfung und eine daraufhin erfolgende Auswahl des Mittels stattfinde."

Wenn diese Auslegung an sich auch objektiv unbedingt zutreffend ist, so nötigen die gegenwärtigen besonderen Verhältnisse und der Umstand, daß Übertretungen der von den Militärbehörden ergangenen Verbote nur mit Gefängnisstrafe geahndet werden können, doch zu ganz besonderer Vorsicht. Der Apotheker wird deshalb gut tun, bei der Abgabe von Mitteln gegen Geschlechtsleiden ohne Rezept ein reines (und deshalb zulässiges) Verkaufsgeschäft nur dann anzunehmen, wenn der Käufer, ohne Bezugnahme auf irgend eine Krankheit lediglich ein im einzelnen genau benanntes Arzneimittel verlangt hat, etwa eine Schachtel Gonosan. Da hat der Apotheker keinen Anlaß, die Abgabe zu verweigern, denn das Mittel kann ja dem Patienten von einem Arzte verordnet sein. Aber so glatt und einfach vollziehen sich die Verkäufe solcher Mittel nicht immer. Bisweilen werden Zwischenfragen gestellt über die Wirksamkeit des Mittels bzw. der Wunsch nach einem schneller wirkenden geäußert, oder der Käufer verlangt überhaupt nur ein Mittel gegen das betreffende Leiden. Der Apotheker erkennt dann sofort, daß dieser Kranke sich nicht in ärztlicher Behandlung befindet und erst durch Befragung des Apothekers die nötigen Mittel zur Beseitigung seines Leidens sich verschaffen will. In solchen Fällen ist unter den gegenwärtigen Verhältnissen äußerste Zurückhaltung am Platze und dringend zu raten, alle über das Verlangen nach einem bestimmten, genau bezeichneten Mittel hinausgehenden Wünsche des Publikums abzulehnen. Der Zweck der Verordnungen ist doch, alle Geschlechtsleidenden einer ärztlichen Behandlung zuzuführen, und dieser Zweck würde vereitelt, wenn der Apotheker einen Kranken, der keinen Arzt konsultiert hat, durch Empfehlung und Abgabe eines Mittels in der Selbstbehandlung unterstützt.

Es kann aber auch der Fall eintreten, daß in der Apotheke ein von einem nicht approbierten Heilkundigen ausgestelltes Rezept abgegeben wird, welches offenbar gegen ein Geschlechtsleiden dienen soll. Mag es sich hierbei nun um ein contra legem neu verschriebenes oder um ein älteres Rezept aus der Zeit vor Erlaß der Verordnung oder schließlich um ein solches aus einem anderen Bezirke handeln, wo dieses Verbot nicht besteht, der Apotheker wird in allen Fällen am klügsten handeln, die Anfertigung der Verordnung abzulehnen. Denn sonst wäre es immerhin möglich, daß ihm eine strafbare Beihilfe im Sinne des § 49 Str.-G.-B. zur Last gelegt wird. (Nach Pharm. Zhalle., 1915, Nr. 34.)

Eine neue Methode, Vakzine ohne Zusatz von Desinfizientien unter Erhaltung der Virulenz keimfrei zu machen, von Friedberger und Mironescu. (D. m. W., 1914, Nr. 24.) Alle Versuche, durch chemische Desinfektionsmittel eine Sterilisierung der Lymphe unter Erhaltung der Virulenz zu erzielen, haben bisher nicht zu praktisch befriedigenden Resultaten geführt. Die einzige Methode, die einigermaßen Keimarmut bei relativer Erhaltung der Virulenz garantiert, ist die Verwendung abgelagerter mit Glyzerin versetzter Lymphe. Bei diesem Verfahren geht aber die Keimverminderung nur allmählich vor sich und ist keine absolut sichere. Nach 3—4 Monaten ist bereits die Virulenz der Lymphe erheblich abgeschwächt. F. und M. ist es gelungen, durch die bakterientötende Wirkung des ultravioletten Lichtes die Lymphe

Digitized by Google

keimfrei zu machen unter Wahrung ihrer Virulenz. Zur Weiterführung ihrer Untersuchungen sind den Verfasser vom Ministerium des Inneren Mittel zur Verfügung gestellt worden. E. Brinitzer-Altona.

Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen, von A. Neisser-Breslau. (D. m. W., 1914, Nr. 33.) N. gibt in dieser Arbeit in gedrängter Übersicht die nach seiner Meinung schnellste und während der Kriegszeit zweckmäßigste Behandlung der Syphilis, des Ulcus molle und des Trippers an. Die Frage, ob sich eine Allgemeinbehandlung der Syphilis bei marschierenden und Felddienst tuenden Soldaten durchführen läßt, beantwortet N. mit einem unbedingten „ja". Als Hg-Therapie kommt in erster Linie Mercinol (Engel-Apotheke-Breslau) in Betracht; man gibt es einmal wöchentlich $^1/_{10}$—$^1/_4$ ccm oder besser 7—10—15 Teilstriche der Zielerschen Spritze, im ganzen 0,7 Hg = 7 Spritzen zu 10 Teilstrichen der Zielerschen Spritze. Die Salvarsanbehandlung sollte in Form intravenöser Neosalvarsaninjektionen durchgeführt werden und zwar die erste Injektion mit einer Dosis von 0,4, die zweite Injektion 8—10 Tage später 0,6, die dritte, vierte und fünfte Injektion je 0,9 in je achttägigen Abständen. Stets ist Hg- und Salvarsanbehandlung zu kombinieren. Beide Injektionen können an demselben Tage vorgenommen werden. N. rät jeden mit einer venerischen, ulzerösen oder erosiven Affektion Behafteten gerade so zu behandeln wie einen mit sicherer Syphilis Infizierten. Den Schaden einer überflüssigen Syphilisbehandlung — falls man überhaupt von einem solchen sprechen dürfe — hält er für geringer als den verspäteten Beginn der Syphilisbehandlung. Zur Behandlung der Ulcera mollia empfiehlt er gründliches Auswischen aller Winkel und Buchten mit reiner unverdünnter Karbolsäure, über die man dann am besten 10%ige Jodoformvaseline oder Ungt. Zinci mit 20%igem Perubalsam appliziert. Als Abortivbehandlung der Blennorrhoe empfiehlt N. vorsichtige Injektion einer 4%igen Protargollösung mit Zusatz von 2%igem Alypin bzw. 5%igem Antipyrin. Die Injektion muß einmal täglich vom Arzt durchgeführt werden. Außerdem täglich zweimal Injektionen von $^1/_4$—$^1/_2$%iger Protargollösung mit 3%igem Antipyrin- oder $^1/_2$%igem Alypinzusatz. Jede Injektion muß 20 Minuten in der Harnröhre verbleiben. An Stelle dieser Abortivbehandlung ist auch zu empfehlen die Behandlung mit Novinjektolsalbe (Engel-Apotheke-Breslau). Auch in betreff der für die Soldaten in Frage kommenden Prostituierten tritt N. grundsätzlich dafür ein, jede einzelne solche Person einer Salvarsanbehandlung zu unterwerfen.

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Reg.-Arzt kais. Rat Dr. Samuel Krüger (Kohn), gew. Assistent der dermatologischen Abteilung von Prof. H. v. Hebra an der Wiener Allg. Poliklinik, erhielt das Offiziersehrenzeichen vom Roten Kreuz mit der Kriegsdekoration.

Geh. San.-Rat Dr. Max Taube, städtischer Kinderarzt in Leipzig, ist gestorben. Seiner Anregung ist zu verdanken, daß die Stadt Leipzig als erste deutsche Stadt eine amtliche Vormundschaft für schutzbedürftige uneheliche Kinder ins Leben rief, welche für die Jugendfürsorge vorbildlich gewesen ist.

Prof. Felix Martin Oberländer in Dresden-Blasewitz ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

23. Oktober 1915 | Nr. 43 | Band 61

Aus der k. k. deutschen Dermatologischen Universitätsklinik in Prag
(Vorstand: Prof. C. Kreibich).

Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen.

Von

Priv.-Doz. Dr. E. Klausner.

In Nr. 34 dieser Wochenschrift berichtet Knack über drei Fälle von kontralateraler Alopezie, welche nach Schädelschußverletzungen an der der Einschußstelle entgegengesetzten Kopfhälfte aufgetreten war.

Als bemerkenswert bei seinen Fällen betont Knack

1. die kontralaterale Lokalisation des Haarausfalles,

2. die Latenzzeit zwischen Trauma und Auftreten der Alopezie: 6 Wochen, 1/4 Jahr, 1/2 Jahr,

3. die bei Ausschluß anderer Ursachen sichere, traumatisch-neurotische Grundlage des Leidens.

Ich habe nun anfangs dieses Jahres in einer Sitzung des Vereines deutscher Ärzte in Prag zwei Fälle von halbseitiger Alopezie des behaarten Kopfes nach Schädelschußverletzung demonstriert. Es handelte sich um zwei Soldaten, bei denen nach verschieden langer Zeit nach der Verwundung, der halbseitige Haarausfall auf der unverletzten, rechten Seite aufgetreten war. Der Haarausfall unterschied sich außer durch seine Halbseitigkeit von dem bei größeren Herden von Alopezia areata durch seinen unscharfen Übergang in die normal behaarte Haarzone. Im übrigen zeigte die Haut im Bereiche des Haarausfalles keinerlei auffallenden Veränderungen. Da in beiden Fällen vor etwa 4—5 Wochen eine Röntgenaufnahme der verletzten, linken Schädelhälfte in der Weise vorgenommen worden war, daß die Röntgenröhre laut Aussage der Patienten und auch sonst dem Orte der Verletzung entsprechend über der rechten Kopfhälfte zu stehen kam, habe ich den nach der Röntgen-Aufnahme auftretenden Haarausfall als Röntgenalopezie gedeutet. Über die Einzelheiten bei der Aufnahme konnte ich infolge äußerer Umstände, die Soldaten waren mit geheilten Schußwunden erst vor einigen Tagen mit einem Verwundetentransporte nach Prag gekommen, nichts Näheres erfahren.

In der dieser Demonstration folgenden Diskussion berichtete Prof. Waelsch über drei einschlägige Fälle von Röntgenalopezie.

Digitized by Google

Der erste Fall betraf einen Soldaten mit kontralateraler Alopezie nach Streifschuß oberhalb des linken Ohres. Sechs Wochen nach erfolgter Röntgenaufnahme in der Richtung von rechts nach links trat der Haarausfall an der rechten Schädelhälfte auf.

Der zweite Fall betraf einen 14 Jahre alten Knaben, mit einem nicht scharf abgegrenzten, mit ausspringenden Zacken in die normal behaarte Kopfhaut übergehenden Haarausfall des Hinterkopfes. Vor etwa sechs Wochen war eine Schnellaufnahme des Hinterkopfes, an dem sich bei der Untersuchung noch eine glattverheilte Hautnarbe als Folge eines Automobilunfalles fand, angefertigt worden.

Der dritte Fall betraf ein 24 Jahre altes Fräulein, bei der wegen bestehender Neuralgie eine Röntgenaufnahme gemacht worden war. Sechs bis acht Wochen nach der Aufnahme trat halbseitige Alopezie auf. Waelsch betonte als charakteristisch für seine Fälle von Röntgenalopezie das Auftreten derselben ungefähr 6 Wochen nach erfolgter Röntgenaufnahme, die unscharfe Begrenzung der kahlen Partie gegen die normale Haarzone hin und schließlich die vollständige restitutio ad integrum.

Im Laufe der letzten Monate habe ich noch zwei Fälle von kontralateralem Haarausfall nach Schädelschußverletzung bei Soldaten gesehen. Doz. Fischer, aus dessen Beobachtung die beiden letzten Fälle stammten, hat im Laufe der Zeit noch weitere sechs Fälle unter dem Soldatenmaterial seiner Abteilung beobachtet. Auch bei diesen acht Fällen waren vor etwa 4—6 Wochen Röntgenaufnahmen gemacht worden. In allen diesen Fällen ließ sich die Richtung der Aufnahmen zum Teil durch die Angaben der betreffenden Soldaten, vor allem aber auch durch die Lokalisation der Schußverletzung feststellen.

Daß eine Schädigung der Haarpapille durch die Röntgenstrahlen nach Schnellaufnahmen möglich ist, beweist wohl sicher der dritte Fall von Waelsch, wo ohne vorausgegangenem Trauma nach einer Röntgenaufnahme nach Verlauf mehrerer Wochen ein halbseitiger Haarausfall eintrat, der nach einiger Zeit mit völligem Ersatz der Haare abheilte.

Zweifellos kann auch bei den Schnellaufnahmen durch die verschiedensten Zwischenfälle in der Technik die Erythemdosis erreicht werden und hierdurch eine vorübergehende Schädigung der Haarpapille und der als Folge auftretende Haarausfall verursacht werden. Die Möglichkeit dieser angedeuteten Zwischenfälle ist gerade in der jetzigen Zeit, wo es sich besonders in den militärischen Sanitätsanstalten oft um neueingerichtete, provisorische Röntgenstationen handelt, um so leichter gegeben. So berichtete mir ein erfahrener Röntgenologe über eine Reihe von Fällen, wo nach Schnellaufnahmen der Nierengegend intensive Erytheme der Haut auftraten, die alle ihre Erklärung darin fanden, daß die die Aufnahmen

Digitized by Google

besorgende Hilfskraft während der Röntgendurchleuchtung die Röhre durch Überlastung erweicht hatte. Es ist diese angeführte Tatsache nur ein ganz willkürlich gewähltes Beispiel für die Möglichkeit von Röntgenschädigung der Haut nach Schnellaufnahmen. So könnte auch die Anfertigung einer größeren Anzahl von Aufnahmen der verletzten Partie und die so leicht eintretende Summation der chemischen Wirkung der Röntgenstrahlen gerade bei Schädelaufnahmen eine Rolle beim Zustandekommen des Haarausfalles spielen.

Für die von mir beobachteten, beziehungsweise angeführten Fälle möchte ich als Ursache des kontralateralen Haarausfalles nach Schädelschußverletzungen die Röntgenstrahlen verantwortlich machen.

Die Knackschen Fälle würden auf Grund der Tatsache, daß in allen Fällen in dem gleichen 3—4 Wochen betragenden Intervall nach Röntgenaufnahmen der kontralaterale Haarausfall eintrat, die Deutung einer Röntgenalopezie wohl ebenfalls zulassen, ich betone jedoch, daß damit die Frage des Bestehens einer traumatisch-neurotischen Alopezie nicht berührt werden soll.

Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation.

Nachtrag.

Von

J. Schumacher, Berlin.

Meine gleichbetitelte Arbeit ist kürzlich durch ein Versehen ohne Korrekturdurchsicht erschienen. Ich sehe mich daher veranlaßt, nachträglich eine Stelle zu berichtigen und gleichzeitig einen wichtigen Hinweis nachzuholen, der nicht ohne weiteres aus der Arbeit hervorgeht.

Es ist chemisch nicht gleichbedeutend, ob man für einen Liter Wasser beispielsweise 0,02 g Jodsäure und 0,1 g Sulfosalizylsäure in 1 ccm Wasser löst und mit 0,2 g Jodkalium in 1 ccm Wasser gelöst vermischt und dann 1 Liter Wasser zufügt oder ob man zu 1 Liter Wasser die Reagentien zufügt. Verfährt man wie zuletzt, so sind die Desinfektionsmittel so hochgradig verdünnt, daß sie chemisch nicht mehr quantitativ reagieren und es resultiert daher bei diesem Verfahren eine viel geringer prozentige Jodlösung, die naturgemäß auch weniger stark desinfiziert als wenn man die Desinfizientien in wenig Wasser löst und dann auf 1 Liter Wasser auffüllt.

Digitized by Google

Dasselbe ist zu beachten bei der Desinfektion des Wassers zur Salvarsaninjektion. Es müssen daher vorher 0,001 Jodsäure, 0,005 g Sulfosalizylsäure und 0,01 g Jodkalium in 1 ccm gelöst werden, resp. 1 ccm einer fertigen Lösung[1]) verwendet werden und dieser zu den 6 ccm Wasser gegeben werden. Würde man aber der Reihe nach 0,001 g Jodsäure, 0,005 g Sulfosalizylsäure und 0,01 g Jodkalium in 6 ccm Wasser lösen, so resultiert eine etwas weniger konzentrierte Lösung, die desinfektorisch naturgemäß nicht so wirksam ist. Den geringeren Jodgehalt erkennt man auch beim Titrieren mit Natriumthiosulfat. Hat man zu 6 ccm Wasser 1 ccm obiger fertiger Jodlösung gebracht, so genügen ca. 0,8 ccm einer 1 %igen Natriumthiosulfatlösung, rund 0,01 g[2]) zur Bindung des Jods. Wird die Lösung falsch bereitet, so ist weniger Thiosulfat erforderlich.

Bei meinen bakteriologischen Versuchen verfuhr ich folgendermaßen, welche Technik genau eingehalten werden muß. Zu 6 ccm einer Aufschwemmung von Staphylococcus pyogenes aureus wurde 1 ccm der nach der obigen Vorschrift hergestellten Jodlösung gegeben. Nach 1, 2, 3 und 5 Minuten wurde auf gewöhnlichen Nähragar abgeimpft und nach viertägiger Brutzeit das Resultat abgelesen. Die Röhrchen waren stets steril.

Die einfache Lugolsche Lösung habe ich nicht verwendet, weil die Sulfosalizylsäure einen Vorteil bietet, da sie an organische Substanzen, also auch an Bakterien gebundenes Jod wieder in Freiheit setzt[3]).

Die erforderlichen Lösungen[4]) sind nach folgenden Formeln zu verschreiben:

Rp.	Acid. jodic.	0,1	Rp.	Natrii. subsulfuros.	1,0
	Solve in Aqu. dest.	10,0		Aquae dest. steril.	100,0
	Adde			Divide in partes aequales	
	Acid. sulfosalicyl.	0,5		Nr. C. Fiat ampull.	
	Kal. jodati.	1,0			
	Aquae dest.	90,0			
	Divide in part. aequ. No. C.				
	Fiat ampull.				

Die weitere Technik ist bereits früher beschrieben.

---

[1]) Die Lösung wird folgendermaßen bereitet: Zu 10 ccm Wasser werden 0,1 g Jodsäure gegeben und nach deren Auflösen 0,5 g Sulfosalizylsäure und 1,0 Jodkalium. Das sich abscheidende Jod löst sich rasch wieder. Alsdann wird auf 100 ccm Wasser aufgefüllt. — [2]) In der letzten Arbeit ist ein Kommafehler. — [3]) Sie macht primär eine jodhaltige Säure frei, die sich mit der vorhandenen Jodsäure von neuem umsetzt. — [4]) Von dem ursprünglich beabsichtigten Vertrieb der Ampullen durch eine einzige Apotheke habe ich aus äußeren Gründen abgesehen.

Digitized by Google

Die entzündliche und urtikarielle Hautreaktion.

Eine klinische Studie.

Von

Prof. Dr. F. Šamberger, Prag.

II. Teil.

(Schluß.)

In die dermatologische Abteilung des Weinberger Krankenhauses wurde am 15. April 1914 eine 22jährige Lehrerin mit einem über die oberen Extremitäten und das Gesicht ausgebreiteten Ausschlag aufgenommen, der klinisch das Bild jener Erkrankung darbot, die wir als Erythema exsudativum multiforme zu diagnostizieren gewöhnt sind. Die Patientin hatte auf den genannten Körperpartien teils fleckige, teils das Hautniveau überragende, erbsengroße und größere, vereinzelte und zu größeren zusammenhängenden Plaques zusammenfließende, dunkelbraunrot gefärbte Effloreszenzen. Diese Plaques hatten ein deutlich vertieftes, zyanotisches Zentrum und eine erhabene, braunrot bis ziegelfarbig gefärbte Peripherie. Die einzeln stehenden Effloreszenzen waren bis nußgroß, halbkugelförmig, derb und nicht schmerzhaft. Hier und da wies ihre Kuppe eine mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blase auf. Analoge Blasen befanden sich auch auf den konfluierenden Infiltraten. An den oberen Extremitäten fanden sich diese krankhaften Veränderungen fast ausschließlich auf den Extensorenseiten. Am meisten befallen waren die Dorsalseiten der Hände und der Finger. Auf dem Vorderarm reichten die Effloreszenzen etwa bis zum oberen Drittel. Die unteren Extremitäten und der ganze übrige Körper war frei von Effloreszenzen.

Dabei war der Allgemeinzustand der Patientin durchaus nicht alteriert. Die Temperatur war ganz normal, ebenso auch alle anderen Funktionen des Organismus. Subjektiv klagte die Patientin über intensives Juckgefühl, das namentlich bei Nacht infolge der Bettwärme sehr unangenehm wurde. Andere Beschwerden waren nicht vorhanden, speziell bestanden keine Gelenk- oder Knochenschmerzen.

Auf den ersten Blick ähnelte also diese Erkrankung der unter dem Namen Erythema exsudativum multiforme Hebra bekannten Affektion. Doch konnte diese Diagnose nicht gestellt werden, da nur das Gesicht und der distale Teil der Oberextremitäten befallen war. Das Hebrasche Erythem befällt aber bekanntlich auch die Unterextremitäten. Außerdem aber sprach gegen diese Diagnose auch der Umstand, daß keine Spur

Digitized by Google

von Allgemeinsymptomen vorhanden war, die das Hebrasche Erythem stets begleiten und als solches charakterisieren.

Als wir nach der Ursache dieses eigentümlichen Exanthems forschten, erfuhren wir, daß die Kranke an dieser Affektion schon mehrere Jahre leidet; nicht immer, sondern nur im Sommer; im Winter ist sie ganz gesund. Sobald aber die Frühjahrssonne scheint und sich warme, sonnige Tage einstellen, erscheint auch sofort der Ausschlag. Wenn sich während der Sommerszeit schattige und kühle Tage einstellen, verliert die Patientin den Ausschlag vollständig oder zum größten Teil. Eine Erleichterung empfindet die Patientin auch dann, wenn sie zur Sommerszeit in einem geschlossenen Lokal bleibt oder in einer höher gelegenen kühlen, an Wald und Schatten reichen Gegend weilt. Diese Angabe der Kranken konnten wir während ihres Aufenthaltes auf unserer Abteilung zufällig kontrollieren und bestätigen. Denn während ihres Krankenhausaufenthalts folgten auf sonniges und warmes Wetter unfreundliche und kühle Tage. Wir trugen der Patientin auf, bei jedem Wetter den größten Teil des Tages draußen im Krankenhausgarten zuzubringen. Und wir sahen tatsächlich, daß bei kaltem und unfreundlichem Wetter der Ausschlag fast vollständig verschwand, während er, sobald die Tage sonnig und warm wurden, wiederum erschien. Es war demnach klar, daß die Affektion der Patientin durch das Sonnenlicht verursacht wurde und wir demnach in diesem Falle die Diagnose auf Erythema exsudativum multiforme solare stellen mußten. Diese Diagnose wurde auch durch das Resultat der Therapie bestätigt. Bekanntlich reizt vom Spektrum der Sonnenstrahlen die Haut am meisten sein chemischer Teil. Es ist ferner bekannt, daß man mit gewissen Präparaten die Haut gegen diesen Teil des Spektrums weniger empfindlich machen kann. Besonders bewährt hat sich in dieser Beziehung das Chinin. Wir verordneten also unserer Patientin Chininsalbe und fanden, daß mit diesem Mittel die Krankheit wenn auch nicht vollständig geheilt, so doch wenigstens auf ein Minimum reduziert werden konnte.

Vom Erythema exsudativum muß das Erythema inflammativum unterschieden werden, das durch die reine, unkomplizierte entzündliche Reaktion, die klinisch makulöse Effloreszenzen hervorruft, bedingt ist. Dieses hieß bis jetzt Erythema congestivum. Dies ist, wie wir bereits im ersten Teil unserer Arbeit bewiesen haben, nicht richtig. Das Erythema congestivum ist, wenn wir die Bezeichnung wörtlich nehmen wollen, eine kutane Makel, die pathologisch-anatomisch nur durch einen plötzlichen Blutandrang zu einer bestimmten Stelle, also durch einfache Hyperämie, bedingt ist. Derartige Erytheme entstehen durch eine direkte oder reflektorische Reizung der Vasodilatatoren. Wir kennen ihrer mehrere, z. B. das Erythema pudendi, iracundiae, das Erythem bei Meningitis usw.

Digitized by Google

Von diesen Erythemen muß eine andere Gruppe von Erythemen gut unterschieden werden, die, wie bereits erwähnt, mit Unrecht zu den kongestiven Erythemen gezählt werden, nämlich die durch die entzündliche Reaktion entstehenden Erytheme. Diesen kommt die Bezeichnung Erythema inflammativum zu. Die Gruppe der inflammativen Erytheme können wir vom ätiologischen Standpunkt ebenso einteilen wie die Hautentzündungen überhaupt. Wir können also zwei Hauptgruppen der entzündlichen Erytheme unterscheiden: a) die infektiösen und b) die nichtinfektiösen. Zu den ersteren gehört z. B. das skarlatinöse, das morbillöse, das typhöse, das variolöse Erythem und auch das in neuester Zeit beschriebenen Erythema migrans. Dann gibt es eine Reihe von nichtinfektiösen inflammativen Erythemen, die durch irgend eine zur entzündlichen Reaktion der Haut führende Energie hervorgerufen werden können: das Erythema traumaticum, solare, toxicum, das durch den Genuß verschiedener toxischer, medikamentöser und anderer Substanzen entstehende Erythem, das bei hysterischen Personen vorkommende Erythema inflammativum nervosum usw.

Die inflammativen Erytheme, die einzig und allein der klinische Ausdruck der entzündlichen Reaktion sind, gehören in die Gruppe der Entzündungen. Eine selbständige Gruppe im pathologisch-anatomischen System können sie nicht bilden. Doch ist es vom klinischen Standpunkt angezeigt, diese Gruppe als eine Unterabteilung in der Gruppe der Hautentzündungen beizubehalten.

Das exsudative Erythem aber, das durch seine pathologisch-anatomische Natur eine Kombination zweier pathologischer Prozesse darstellt, bildet, wie wir bereits begründet haben, eine selbständige Gruppe im System der Hautkrankheiten.

Damit gelangen wir, wie man sieht, zu einer vollständigen Klärung des klinischen Begriffs des Erythems. Zu dieser Klärung gelangten wir dadurch, daß wir den klinischen Begriff dem pathologisch-anatomischen System unterordneten. Diesen Vorgang halte ich für den richtigsten, und zwar schon aus dem Grunde, weil die sich daraus ergebende Anschauung über die bisherige Gruppe der Hauterytheme sehr einfach und leicht faßlich ist.

Das Erythem ist ein klinischer Begriff, der besagen will, daß sich eine umschriebene Hautstelle dem bloßen Auge hyperämisch darstellt. Diese dem unbewaffneten Auge sich präsentierende klinische Erscheinung kann pathologisch-anatomisch auf eine dreifache Weise zustande kommen:

1. durch Hyperämie, die auf einer Reizung der Vasodilatatoren beruht (Erythema congestivum);

2. durch die entzündliche Reaktion, bei der die entzündlichen Er-

Digitized by Google

scheinungen, speziell die Dilatation der Gefäße und deren Überfüllung mit Blut, über die Exsudation und das Infiltrat überwiegen (Erythema inflammativum);

3. durch Kombination der entzündlichen und lymphatischen Reaktion (Erythema exsudativum).

Im ersten und zweiten Falle handelt es sich klinisch um Flecke, die das Hautniveau nicht oder nur unbedeutend überragen. Sie können diaskopisch voneinander unterschieden werden. Im dritten Falle handelt es sich um papulöse, tuberöse und vesikulöse Effloreszenzen mit Symptomen, die sowohl für die entzündliche als auch für die lymphatische Reaktion sprechen. Das Erythema inflammativum und exsudativum sind also zwei einander ziemlich nahestehende Prozesse, und deshalb finden wir sie oft gemeinsam bei ein und demselben Individuum. Deswegen können wir auch, wie wir gesehen haben, die durch diese Effloreszenzen charakterisierten krankhaften Zustände nach ein und demselben ätiologischen Prinzip einteilen. Ja, wir können sogar behaupten, daß beide Erytheme ätiologisch oft dieselbe Ursache haben können. Warum bei gleicher Ursache das eine Mal das Erythema inflammativum, ein andermal das Erythema exsudativum entsteht, erklärt sich aus unserer zweiten oben angeführten Deduktion, daß nämlich das klinische Bild der Krankheit nicht immer vom Reiz, sondern auch von der Reaktibilität des Organismus des Kranken abhängt. Sobald wir konstatiert haben, daß es erstens Menschen mit gesteigerter lymphatischer Erregbarkeit gibt und daß sich diese gesteigerte Erregbarkeit dadurch äußern kann, daß der betreffende Mensch mit der lymphatischen Reaktion auf Reize reagiert, die auch die entzündliche Reaktion hervorrufen können, und daß es zweitens Menschen mit gesteigerter entzündlicher Reaktibilität gibt, bei denen ein Reiz, der bei einem normalen Menschen nur eine Hypersekretion von Lymphe hervorruft, auch das labile Zellplasma schädigen und auf diese Weise gleichzeitig auch die entzündliche Reaktion hervorrufen kann, dann ist wohl begreiflich, daß das klinische Bild von dem Reizmittel allein nur bei solchen Menschen abhängt, die eine ganz normale Hautreaktibilität besitzen. Nur diese bekommen nach Sonnenstrahlen nur ein entzündliches Erythem und nach Berührung mit der Meduse eine Urtikaria. Disponierte Menschen aber können auf denselben Reiz, durch dieselbe Schädlichkeit klinische Symptome bekommen, die entweder der entzündlichen oder der lymphatischen Reaktion allein oder einer Kombination beider entsprechen. Derselbe Reiz kann also bei dem einen Menschen ein inflammatives Erythem und bei dem anderen Menschen eine Urtika, oder bei dem einen eine Pemphigusblase und bei dem anderen ein exsudatives Erythem hervorrufen.

Digitized by Google

Das Argumentum ad oculos für das Gesagte finden wir in den Arbeiten über die Hautexantheme, die durch Sonnenstrahlen auf der Haut hervorgerufen werden können. Bei dem normalen Durchschnittsmenschen ruft, wie die tägliche Erfahrung lehrt, das Sonnenlicht, wenn es mit genügender Intensität und genügend lange einwirkt, auf der Haut ein inflammatives Erythem hervor: Erythema inflammativum solare. Im Jahre 1910 publizierte Ochs im Med. Record einen Fall betreffend eine 34jährige, ganz gesunde Frau, die jedesmal, sooft sie in die Sonne ging, auf den unbedeckten Hautpartien Urtikariaquaddeln bekam. Je intensiver das Sonnenlicht war, desto größer waren die Urtikariaquaddeln: Urticaria solaris. Hierbei fehlten die Entzündungserscheinungen vollkommen. Seit Bazin kennen wir einen eigentümlichen Hautausschlag, der bei manchen Menschen durch Sonnenstrahlen hervorgerufen wird und der durch das Auftreten von Pemphigusblasen auf den entblößten, gegen die Sonnenstrahlen nicht geschützten Körperteilen charakterisiert ist. Wir bezeichnen ihn als Hydroa aestivalis. Er ist, wie aus den Beschreibungen hervorgeht, nichts anderes als manchmal ein reiner Pemphigus solaris, ein andermal ein Erythema exsudativum bullosum. Auch unser oben beschriebener Fall ergänzt diese Reihe durch das Erythema exsudativum solare.

Wenn wir das eben Gesagte gut erwägen, müssen wir schon a priori erwarten, daß die gleichen Verhältnisse auch bei den anderen Arten der infektiösen und nichtinfektiösen Reize vorhanden sein werden. Diese Annahme wird durch die an Hauterythemen verschiedener Art gewonnenen Erfahrungen bestätigt. Alle Reizmittel, mögen sie infektiös, nicht-infektiös oder toxisch sein, rufen beim Durchschnittsmenschen einen bestimmten Hautausschlag hervor. Daher können wir in der Regel aus dem Aussehen des Ausschlags einen Schluß ziehen auf seine Ursache, auf den Reiz selbst. Aber wie viele Ausnahmen gibt es von dieser Regel! So wissen wir z. B., daß das Masernexanthem am häufigsten durch Hautflecke des inflammativen Erythems dargestellt wird. Aber in abnormalen Fällen kann es mehr dem urtikariellen Erythem ähnlich sein. Wie mannigfaltig kann ferner das Bild des septischen, des vakzinalen Exanthems sein! Und dasselbe gilt auch für die nicht-infektiösen Exantheme. Erinnern wir uns nur daran, daß z. B. die häufigste Form des Ausschlags nach dem Genuß von Austern oder verdorbenen Fischen ein Erythem exsudativer Natur zu sein pflegt, daß aber daneben sehr häufig auch inflammatives, morbillöses und skarlatinöses Erythem beobachtet wurde. In analoger Weise bieten die Jod-, Antipyrin-, Serumexantheme bei verschiedenen Menschen ein verschiedenes Bild dar. Bei allen können miteinander abwechseln oder gleichzeitig nebeneinander vorkommen das Erythema

Digitized by Google

inflammativum, die Urtika, die Pemphigusblase oder die Kombination aller, das Erythema exsudativum. Deswegen haben wir uns, um uns über die Ursache des Ausschlags zu orientieren, daran gewöhnt, außer dem Ausschlag stets auch die übrigen, die Krankheit eventuell begleitenden Symptome, den Allgemeinzustand des Kranken und den Krankheitsverlauf zu berücksichtigen. Daß es auch Reize gibt, die bei Menschen mit normaler Reaktibilität gleichzeitig zur entzündlichen und zur lymphatischen Reaktion Beziehung haben, wurde bereits oben gesagt.

Ich war in der vorliegenden Studie bemüht, eine große Gruppe von Hautkrankheiten, die sogenannten Angioneurosen der Haut, auf eine ganz neue Basis zu stellen. Ich habe den bis heute herrschenden genetischen Standpunkt durch den pathologisch-anatomischen ersetzt. Der Umbau wurde nur in allgemeinen Umrissen durchgeführt; er wird noch durch so manches verbessert und sicher noch durch vieles zu ergänzen sein. Trotz dieser Mängel glaube ich diesen Versuch publizieren zu dürfen. Er bringt uns dem Ideale Hebras näher, die Hautkrankheiten einzig und allein vom pathologisch-anatomischen Standpunkt zu betrachten, er vereinfacht und beleuchtet unsere Anschauungen über zahlreiche Hautkrankheiten, deren Wesen und klinische Determination bis jetzt unklar und strittig waren.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Über Diabetes mellitus und Impfung, von Voigt. (D. m. W., 1915, Nr. 15.) V. erwidert Prof. Eichhorst-Zürich, der über einen tödlich verlaufenen Fall von Diabetes mellitus im Anschluß an die Kuhpockenimpfung berichtete, daß es sich in diesem Falle nur um ein zufälliges Zusammentreffen von Impfung und Diabetes handle. V. hält es für bedauerlich, daß Fachgelehrte grundlos das so segensreiche Schutzverfahren gegen die Pocken verdächtigen und so den Impfgegnern Waffen liefern.

E. Brinitzer-Altona.

Weitere Untersuchungen über das Vakzinevirus, von S. v. Prowazek-Hamburg und S. Miyaji-Tokio. (Zbl. f. Bakteriol., 1914, Bd. 75, H. 2.) Vakzinevirus wird durch Pepsinsalzsäure in weitgehendem Maße verändert, dagegen nicht durch Trypsin, das sich für eine Isolierung des Virus vom Korneaepithel eignet. Glyzerinlymphe reduzierte Methylenblau und Azur II bei 37° C stark, weniger stark bei Zimmertemperatur im Dunkeln. Glyzerin schädigt das Virus anscheinend nicht in außerordentlichem Maße. Vakzinevirus wird vom Kaninchen intraperitoneal in kurzer Zeit vernichtet. Schafft man vorher in der Bauchhöhle ein Exsudat, so phagozytieren zwar die Leukozyten das Virus, vernichten es aber nicht vollständig. In vitro können diese Experimente nicht wiederholt werden. Hodenimpfungen sind für ein experimentelles Arbeiten sehr zu empfehlen. In den Samenzellen werden die Archoplasmen durch die Einführung des Virus nicht verändert. Das Guarnierische Phänomen wird nicht durch mit Galle,

Digitized by Google

Neutralrot sowie Wärme abgetötete Vakzine erzeugt und ist demnach nur eine Reaktion auf lebendes Virus. Nach einer gewissen Zeit können immune Kornea und immune Kaninchenhäute unter Umständen nur das Korneavirus, nicht aber das Glyzerinvirus abtöten. Durch das Glyzerin werden wahrscheinlich andere Modifikationen des Virus geschaffen, bezüglich verändert das Glyzerin die Parasitizidie der Immunkornea. Serienversuche sind erwünscht. Nach einer kornealen und kutanen Impfung sowie Zweitimpfung traten im Serum der Kaninchen keine zunächst mit unsern Hilfsmitteln nachweisbaren Immunkörper auf. Durch Injektion von Milzbrei und Hautemulsion der behandelten Kaninchen konnte in einem Falle keine, im anderen Falle erst nach einer Hautimpfung eine Korneaimmunität erzielt werden. Kaninchencorneae, die mit Emulsionen von Korneavirus plus immuner Kornea behandelt wurden, sofern nicht ein Guarnierisches Phänomen auftrat, mit Erfolg vakziniert worden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die Brauchbarkeit des mit Äther behandelten Kuhpockenimpfstoffes, von Voigt-Hamburg. (D. m. W., 1915, Nr. 2.) „Die nach Fornet mit Äther behandelte Vakzine bietet weder einen ausreichend haftsicheren, noch dauerhaft aufbewahrbaren, noch bequem verimpfbaren (weil krümelig), noch erträglich billigen Impfstoff."

E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von generalisierter Vakzine bei Ekzema capitis, von K. Obmann-Zittau. (M. m. W., 1914, Nr. 14.) Die Berechtigung der Untersagung des Schutzpockenimpfens bei bestehendem Ekzem wird an diesem ein $1^3/_4$ jähriges Kind betreffenden Fall präzis erwiesen. Dasselbe war eben wegen des Ekzems von der Impfung zurückgestellt worden, wurde aber offenbar durch den mit gutem Erfolg geimpften zwölfjährigen Bruder infiziert. Unter zeitweilig recht bedenklichen Allgemeinerscheinungen entwickelt sich eine diffuse Aussaat von Pusteln am ganzen Körper; es bestand starke Vermehrung der Leukozyten und namentlich Lymphozytose, und ein Pockenverdacht war nicht ganz von der Hand zu weisen. Es vergingen bis zur Genesung und Entlassung volle acht Wochen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über Vakzineerkrankung des Auges, von E. Kuhlfelt. (Finska Läkaresellskapets Handlingar, 1915, Bd. 57, Nr. 5.) K. fand bei einem sechsjährigen Knaben, welcher neun Tage vorher mit Erfolg zum ersten Male geimpft worden war, an der Lidhaut eine typische Impfpustel und am unteren Hornhautrande ein kleines Infiltrat, das zwei Tage später ulzerierte. Wahrscheinlich hatte der Junge, welcher infolge einer chronischen Hautkrankheit sich zu kratzen pflegte, spätestens drei Tage nach der Impfung zu gleicher Zeit das Lid und die Hornhaut mit Impfstoff oder mit dem Inhalt einer Impfpapel infiziert. K. hält die Impferkrankung des Auges für eine wirklich seltene Krankheit, die nach der Ansicht des Verfassers hauptsächlich darauf beruht, daß die meisten Menschen, auf Grund einer früher oder kurz vor der Übertragung des Infektionsstoffes erfolgten Impfung, gegen den spezifischen Erreger der Vakzine immun sind. Die Krankheit muß nach seiner Ansicht in der Mehrzahl der Fälle durch Infektion mit Lymphe aus den Impfpusteln entstehen, denn unter 66 in der Literatur erwähnten Fällen ist in den meisten die Infektion am 7.—11. Tage nach der Impfung erfolgt, zu einer Zeit also, wo der Impfstoff wahrscheinlich schon abgestoßen, eingetrocknet, wenig haftend sowie schwächer virulent ist, während die in den Impfpusteln entstandene Vakzine klebrig ist und bereits maximale Virulenz erlangt hat. — (Etwas verkürztes Autoreferat.)

W. Holland-Kristiania.

Zur Frage der Impfschädigung, von F. Göppert-Göttingen. (Ther. Mh., 1914, Nr. 11.) Unter den Komplikationen der Impfung und den im Anschluß an letztere auftretenden oder auch nur von Laien auf letztere zurückgeführten Krankheiten, mit

Digitized by Google

denen sich Verfasser beschäftigt, betrifft das dermatologische Gebiet vor allem das chronische Ekzem. Verfasser führt Beispiele universeller Erkrankung an Kuhpocken und Übertragung der Vakzine vom geimpften Kind auf ungeimpftes an bei Kindern. die an konstitutionellem Ekzem gelitten hatten, das bis auf leichte Spuren abgeheilt war. Er kommt deshalb zu der Forderung, daß man Kinder, die Spuren chronischen Ekzems zeigen, unnachsichtlich und zwar auf ein volles Jahr zurückstellen soll, auch wenn sie schon ein halbes Jahr lang relativ geheilt sind. Das gleiche sei zu tun, wenn in derselben Familie ein jüngeres Ekzemkind vorhanden ist. Auch kann ein konstitutionelles Ekzem (Milchschorf) am Ende der 2.—4. Woche nach der Impfung wieder aufflammen. Erysipel, das erst von der 2.—3. Woche ab in Betracht kommt, scheint nicht häufiger vorzukommen als es auch sonst bei Neugeborenen von wunden Stellen des Integuments ausgeht. Verfasser wünscht, da die Rose in den ersten drei Lebensmonaten eine sehr viel gefährlichere Krankheit als später ist, daß die Impfung in den ersten fünf Monaten lieber unterlassen werden soll. Auf Strophulus hat eine starke Impfreaktion stimulierende Wirkung. Da Neigung zu Furunkulose dann vermehrt wird, wenn starkes Schwitzen die Haut aufweicht, wünscht Verfasser, daß nicht während der heißen Jahreszeit geimpft wird. Insgesamt sollen alle nachweislich zu Hauterkrankungen neigenden Kinder womöglich bis zum zweiten Lebensjahr von der Impfung befreit werden.

E. Klemm-Leipzig.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Ein Fall von Lepra, von C. M. O. Brien-Dublin. (Dublin m. J., Juli 1915.) Verfasser gibt erst eine gute Übersicht über Lepra im allgemeinen. Der Patient, ein 33jähriger Mann, hatte als Soldat in den Tropen vor zehn Jahren Lepra akquiriert. Er hatte jetzt Manifestationen von tuberöser Lepra und eine stark positive Wassermannsche Reaktion.

H. Boas-Kopenhagen.

Die Lepra in Tunis, von G. Eichmüller. (Prov. méd., 1914, Nr. 28, nach einem Aufsatz in Tunisie méd.) Verfasser hat in Tunesien zwölf Fälle von Lepra tuberosa feststellen können, von denen nur drei Eingeborene betrafen, während die übrigen Kranken aus Malta stammten. Er nimmt an, daß von den letzteren, um sich der in Malta gehandhabten Internierung zu entziehen, Tunis als Zufluchtsort aufgesucht wurde, wo sie sich vollkommener Freiheit erfreuen.

E. Klemm-Leipzig.

Die Pflicht der Regierung, für Leprakranke zu sorgen und sie zu kontrollieren, von Isadore Dyer-New Orleans. (J. of Am. m. Assoc., 25. Juli 1914.) D. tritt für die Isolierung der Leprakranken und Errichtung einer Kolonie, beziehungsweise eines Asyls ein, das einerseits eine günstige Gelegenheit zum Studium der Lepra bietet, andererseits aber nicht ein Zwangsinternat, sondern eine Heilanstalt sein soll.

F. John-Leipzig.

Die Notwendigkeit der Errichtung eines staatlichen Leprosoriums, von W. C. Rucker-Washington. (J. of Am. m. Assoc., 25. Juli 1914.) R. entwirft eine Parlamentsakte zur Verhütung der Ausbreitung der Lepra in den Vereinigten Staaten.

F. John-Leipzig.

Etwas vom Verhältnis zwischen Tuberkulose und Lepra, von H. P. Lie-Bergen. (Med. Revue, 1914, Nr. 5, Festschr. f. Klaus Hanssen.) Es wird eine Reihe von Ähnlichkeiten zwischen Tuberkulose und Lepra erwähnt, aber auch viele Ungleichheiten, welche bewirken, daß man scharf zwischen diesen beiden Krankheiten scheiden darf. Speziell müssen Bakteriologen, die mit Leprabazillen experimentieren, sowohl auf

Digitized by Google

den klinischen Verlauf, als auf die pathologische Anatomie und Histologie der Lepra aufmerksam achten. Verfasser beschreibt einige histologische Veränderungen, die bei Lepra vorkommen können; eine eingehende Beschreibung wird den leprösen Riesenzellen gewidmet. Dabei geht Verfasser auf die Frage der tuberkuloiden Lepra ein, die genau erörtert wird. Er beschreibt seine Züchtung von Tuberkelbazillen aus leprösen Organen, Milz, Lymphdrüsen und Hautknoten. Durch eine Menge statistischer Daten zeigt er, daß bei ca. 5% der Fälle die Lepra in der Ehe übertragen wird, während lepröse Eltern die Krankheit öfter auf ihre Kinder übertragen, und zwar je öfter, je intimer das Zusammenleben ist. Daher ist die Gefahr der Ansteckung bei Lepra sowie bei Tuberkulose an den Kranken und seine nächste Umgebung geknüpft. Jüngere Individuen werden von Lepra wie von Tuberkulose leichter infiziert als ältere. Schließlich zeigt Verfasser, daß die Tuberkulose unter den Leprösen in den Krankenhäusern sehr häufig ist und den Tod ungefähr zweimal so oft bei der knotigen als bei der anästhetischen Lepra hervorruft. W. Holland-Kristiania.

Ist die Lepra kontagiös? von Dom Sauton. (Prov. méd., 1914, Nr. 28.) Verfasser gelangt auf Grund von Literaturstudien zu folgenden Schlüssen, die nicht allseitig uneingeschränkte Beistimmung finden dürften: 1. Weder die Bakteriologie, noch die Klinik, noch die Geschichte und der Gang der Epidemien erlauben heute die direkte Ansteckung des gesunden durch das lepröse Individuum als Dogma aufzustellen. 2. Die Ärzte und Direktoren der Hospitäler und der Leproserien bekennen, daß die Leprösen, die sie beherbergen, keine Quelle der Ansteckung gewesen sind, weder unter ihnen noch in der Nachbarschaft. 3. Die offensive Rückkehr der Lepra nach Frankreich besteht nur in der Einbildung, nichts läßt sie gegenwärtig voraussehen. 4. Die Hospitalisation, wie man sie in Bergen handhabt, die den Leprösen dem gewöhnlichen Kranken gleichstellt, sollte das einzige Mittel sein, dessen man sich bedient, um Frankreich gegen den mysteriösen Bazillus Hansen zu schützen. 5. Die Heilung der Lepra ist häufiger als man im Publikum annimmt, und die Remissionen gleichen oft den Heilungen.
E. Klemm-Leipzig.

Ist die Lepra ansteckend? von Ch. Audry. (Prov. méd., 1914, Nr. 30.) Unter Anführung eines Zitates wendet sich Verfasser gegen die Behauptung Dom Sautons, die Ärzte hätten die Leprösen für ungefährlich für ihre Umgebung erklärt.
R. Frühwald-Leipzig.

Pathologisch-anatomische Beobachtungen über einen Fall von Lepra universalis, von Helene Fambri. (Virch. Arch., Bd. 218, H. 3.) Ausführliche, sehr temperamentvoll geschriebene Arbeit über einen Fall von Lepra universalis mit multipeln, sicher reinen Lokalisationen in der Lunge, kombiniert mit genitalen Läsionen, in denen mit großer Wahrscheinlichkeit der Hansensche Bazillus mit dem Kochschen vergesellschaftet ist, und Lokalisationen in der Milz, dem Knochenmark, dem Peritoneum, bei denen die erzielten experimentellen Resultate weder zur Annahme noch zur Ausschließung der Mischform berechtigen. E. Brinitzer-Altona.

Neue Untersuchungen über die experimentellen leprösen Läsionen des Kaninchenauges, von Rodolfo Stanziale-Neapel. (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 75, H. 7.) Anschließend an früher ausgeführte Untersuchungen konnte St. feststellen, 1. daß die experimentell im Kaninchenauge erzeugten Läsionen bis zu einem gewissen Punkt serienweise reproduziert werden können, wenn man das neugebildete Material aus einem Tier direkt auf ein anderes weiter überträgt, wodurch zweifellos die Vitalität des Keimes bezeugt wird; 2. daß das Lepramaterial im Kaninchenkörper zwar sein pathogenes Vermögen beibehält, doch aber eine derartige Anpassung erfährt, daß es immer weiter abgeschwächt wird; 3. daß es möglich ist, aus den experimentellen Lepragranulomen

Digitized by Google

des Kaninchenauges einen säurefesten Bazillus zu isolieren, der mit dem von Kedrowski aus menschlichen Lepraknoten erhaltenen vollkommen identisch ist und sich von ihm nur dadurch unterscheidet, daß er nicht dasselbe pathogene Vermögen aufweist, da er nicht wie jener die Eigenschaft besitzt, in den Versuchstieren die Bildung von den menschlichen Lepromen ähnlichen und bazillenreichen Lepraknoten hervorzurufen.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Ein Beitrag zur Bakteriologie der Lepra (vorläufige Mitteilung), von J. A. Johnston-Manila. (Philippine J. Sc., Juni 1914.) Aus der Milz von zwei im Hospital San Lazaro verstorbenen Leprakranken hat J. einen absolut nicht säurefesten Streptothrix gewonnen, der nach anfänglicher Züchtung auf Plazentaragar und Fischsaftagar jetzt gut auf gewöhnlichem Glyzerinagar gedeiht. Die Kulturen bilden perlweise Kolonien, welche nach Ablauf von etwa vier Monaten allmählich eine braune Färbung annehmen. Impfungen bei Kaninchen, intravenös ausgeführt, verliefen negativ, aber zwei subkutan mit einer Streptothrixaufschwemmung geimpfte Meerschweinchen entwickelten Prozesse, aus denen sich ausgesprochen säurefeste Bazillen wiedergewinnen ließen. Ähnliche Beobachtungen sind von Bayon und von Kedrowski berichtet worden. Die verschiedenen Formen der Mikroorganismen sind durch gute Photogramme veranschaulicht. Verfasser ist überzeugt, daß der Bacillus leprae Hansens nur die säurefeste Phase eines ausgesprochen pleomorphen Streptothrix darstellt.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Wirkung des Radiums auf den Leprabazillus, von F. L. de Verteuil-Vancouver. (Strahlenther., 1914, Bd. 4, H. 2.) Verfasser applizierte auf einen Lepraknoten eine Stunde lang einen Radiumlackapparat, der 80 mg Radiumbromid von 500 000 Aktivität enthielt und nur mit einer Lage Gummistoff überzogen war. Das Resultat war, daß die Lepraknötchen sich verkleinerten und an den Bazillen interessante Veränderungen sich konstatieren ließen. Bei täglichen Untersuchungen konnte bis zum 13. Tage nach der Radiumapplikation kein Einfluß auf den Bazillus nachgewiesen werden (gefärbt nach Ziehl-Neelsen), am 14. Tage zeigte sich eine geringe körnige Degeneration, die in der Folgezeit immer mehr zunahm und zwischen der dritten und vierten Woche ganz besonders ausgesprochen war. In dieser Zeit waren die Bazillen insgesamt in eine Masse kleiner Granula verwandelt. Verfasser erklärt die Tatsache, daß die Beeinflussung der Bazillen erst nach 14 Tagen in Erscheinung trat, damit, daß die Radiumstrahlen keine direkte bakterizide Wirkung ausüben. Er ist der Meinung, daß unter dem Einfluß der Strahlen in dem leprösen Gewebe Substanzen zur Entwicklung gelangen, welche für den Bazillus giftig sind. Wenn es gelänge, alle Gewebe des Körpers bei der Lepra der Radiumstrahlung auszusetzen, so würde man im Radium ein wirksames Mittel zur Bekämpfung dieser Krankheit haben. Bis zu einem gewissen Grade könnte dies durch Radiuminhalation erreicht werden. Verfasser hat diese Methode dem Chefarzte eines großen Lepraasyles zur Anwendung empfohlen, der sie ausprobieren will.

H. Rausch-Darmstadt.

Autohämotherapie der Lepra, von Cav. Luis Zanotti Cavazzoni. (Rev. Méd. de Asunción del Paraguay, 1914.) Verfasser entzieht Leprösen etwa 10—15 ccm Blut und injiziert es sofort subkutan; dieses Verfahren wird wöchentlich wiederholt. Über definitive Erfolge kann Verfasser noch nicht berichten. Im übrigen Besprechung der Leprabehandlung.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Nastinbehandlung der Lepra, von Scott. (Indian J. of M. Research, Oktober 1913.) Verfasser rühmt das Nastin, mit dem in Indien allgemein sehr gute Erfolge erzielt würden.

W. Haas-Hamburg.

Digitized by Google

Die Behandlung der Lepra mittels intravenöser Jodoforminjektionen, von B. J. Courtney-Sokoto. (Lanc., 27. Juni 1914.) Verfasser hat in Nigeria bei zwölf Kranken die Wirkung von intravenösen Jodoforminjektionen während vier Monate oder länger erprobt und schreibt dem Verfahren eine gewisse unzweifelhafte Wirkung zu, wenigstens bei der tuberösen Form der Lepra. Bei der anästhetischen Form (5 Fälle) und bei der gemischten (3) waren die Resultate allerdings negativ oder höchstens mäßig ausgesprochen. Es wurden im Anfang Dosen von 0,03 Jodoform zweimal wöchentlich verabreicht; allmählich wurde auf Gaben von 0,06 bei fünfmaliger Verabreichung in der Woche gestiegen. Vielfach wurde auch eine ähnliche Dosis direkt in die leprösen Knötchen injiziert, und es wurde dadurch eine ziemlich rasche Heilung derselben durch Ulzeration erzielt. Zur Lösung des Jodoforms bedient man sich des flüssigen Paraffins und Äthers. Neben der günstigen klinischen Wirkung konnte auch eine Abnahme der Bazillen vielfach konstatiert werden. A. Philippi-Salzschlirf.

b. Tuberkulose.

Über kutane und perkutane Tuberkulinreaktionen bei Kindern, von Monrad-Kopenhagen. (Ugeskrift f. Laeger, 1914, Nr. 33.) Seitdem v. Pirquet mit seiner Mitteilung über kutane Tuberkulinreaktion hervortrat, hat Verfasser die Methode an 3408 Kindern geprüft und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen: es ist ohne Bedeutung, auf welcher Hautstelle die Reaktion vorgenommen wird. Die Ergebnisse sowohl am Krankenbett wie am Sektionstisch zeigen entschieden, daß die Reaktion spezifisch ist. Verfasser schließt sich Stricker an, daß man aus der Intensität und der Dauer der positiven Reaktion nichts, was die Aktivität der Tuberkulose angeht, schließen kann. Die Beschaffenheit der Haut kann bestimmend sein, ob die Reaktion stark oder schwach ausfällt. Nur in prognostischer Hinsicht ist sie daher allein verwendbar. Er geht die Zustände durch, in denen ein tuberkulöses Individuum eine negative Reaktion gibt (Miliartuberkulose, das exanthematische Stadium der Morbillen, kachektische Individuen mit herabgesetztem Turgor und trockener, schuppender Haut, nach Injektionen von großen Dosen Tuberkulin). In 97% genügte eine negative Reaktion, um beim Kind Tuberkulose auszuschließen. Etwas Eigenes zeigt der Lymphatismus; im Material des Verfassers fanden sich 45 Kinder mit ausgesprochenem lymphatischem Habitus (Tonsillenhypertrophie, adenoide Vegetationen, geschwollenen Halslymphdrüsen usw.); von diesen gaben nicht weniger als 33 bei wiederholten Prüfungen negative Reaktion; 10 Kinder mit Kerato-Conjunctivitis phlyctaenulosa reagierten alle negativ. Im Alter von 0—3 Monaten standen 461 Kinder, die alle negativ reagierten (darunter 1 mit Miliartuberkulose). Von 3—6 Monaten waren es 399, wovon 5 positiv reagierten (alle gut entwickelte Tuberkulosen, durch Sektion bestätigt), + 5 Kinder mit Miliartuberkulose (negative Reaktion). Im Alter von 6—12 Monaten 429 Kinder, davon 32 positive, + 10 mit Miliartuberkulose (negative Reaktion); 1—2 Jahre alt waren 544 Kinder, davon 64 mit positiver Reaktion. 2—5 Jahre alt 673 Kinder, wovon 173 mit positiver Reaktion. 5—10 Jahre alt 599 Kinder, wovon 137 mit positiver Reaktion. 10—15 Jahre alt 303 Kinder, wovon 163 positiv reagierten. Verfasser schließt durch Vergleich mit dem klinischen und dem Sektionsmaterial, daß bei Kindern im ersten Lebensjahr eine positive Reaktion eine aktive Tuberkulose bedeutet. Neben der Pirquetschen hat Verfasser auch die Methode Moros in 333 Fällen gebraucht. Von diesen stimmten 323 überein; das jüngste Kind, das eine positive Reaktion gab, war 7 Monate alt. In 10 Fällen gab es keine Übereinstimmung; von diesen war aber die Salbenreaktion in 6 Fällen die feinere. Verfasser meint daher, daß die Morrosche Reaktion ebenso

Digitized by Google

sichere Ergebnisse als die Pirquetsche gibt; und da man mehrere Vorteile bei der Ausführung der Moroschen Reaktion vor der Pirquetschen voraus hat, so findet er, daß sie in weit größerer Ausdehnung gebraucht zu werden verdient.

W. Holland-Kristiania.

Über Anwendung und Bedeutung der Pirquetschen Reaktion im Kindesalter, von W. Pipping. (Finska Läkaresällsk. Handlingar, September 1914, Bd. 56.) Verfasser teilt die in dem Kinderkrankenhaus zu Helsingfors im Laufe der Jahre über Pirquetsche Reaktion gemachten Erfahrungen mit. Diesen liegt ein 782 stationäre und 1878 poliklinische Patienten umfassendes Material zugrunde. In 44 Fällen fand Sektion statt. Von diesen hatten 14 reagiert, und bei allen diesen wurde bei der Sektion Tuberkulose konstatiert. In den übrigen 30 Fällen war keine Reaktion eingetreten. Von diesen erwiesen sich bei der Sektion 26 frei von Tuberkulose, indes 4 mit tuberkulösen Veränderungen behaftet waren. In 3 von den letzterwähnten Fällen erscheint das negative Resultat erklärlich im Hinblick auf das späte Krankheitsstadium, in dem die Impfung vorgenommen worden war; in dem 4. Fall dagegen konnte für das Ausbleiben der Reaktion keine Erklärung erbracht werden. Durch Auszüge aus Krankengeschichten wird der große Nutzen dargetan, den der Kinderarzt in zweifelhaften Fällen, namentlich wo es sich um das früheste Kindesalter handelt, von der kutanen Tuberkulinreaktion haben kann. Von einzelnen Beobachtungen sei angeführt, daß die Pirquetsche Reaktion in den meisten Fällen von tuberkulöser Meningitis noch kurze Zeit vor dem Tode positiv ausgefallen ist, sowie daß sämtliche Fälle von Erythema nodosum positiv reagiert haben. Für das Alter von 0—15 Jahren betrug das durchschnittliche Reaktionsprozent 36,7, und zwar ist dasselbe von 10,7% für das erste Lebensjahr bis 67,3% für 10—15jährige Kinder gestiegen. Von klinisch tuberkulosefreien Patienten reagierten durchschnittlich 21,9%. Im ersten Lebensjahr betrug hier das Reaktionsprozent 1,6%, im Alter von 10—15 Jahren 64,3. — (Eigenbericht.) W. Holland-Kristiania.

Verschiedenes.

Die diesjährige Generalversammlung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft fand am 12. Oktober statt, wobei über die von O. Rosenthal, J. Heller und E. Lesser vorgetragenen Referate (Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei Erfahrungen an geschlechtskranken Soldaten; einige klinische und therapeutische Maßnahmen bei gonorrhoekranken Soldaten; Behandlung der Pyodermien und anderer wichtiger Hautkrankheiten bei Soldaten) diskutiert wurde. — Auch die Ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft hat wiederum ihre Sitzungen aufgenommen.

Priv.-Doz. Dr. E. Neuber in Budapest erhielt den Titel eines a. o. Professors.

Der englische Bakteriologe Sir George Turner, bekannt durch seine in Transvaal angestellten Lepraforschungen, ist gestorben.

Dr. Nelson Walton Wilson, Professor der Urologie an der University of Buffalo, N.Y. und leitender Aizt am Emergency-Hospital, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

30. Oktober 1915 | Nr. 44 | Band 61

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Basel (Leiter: Prof. Dr. Bloch).

Die Trichophytinreaktion im Blutbild.

Von

G. Miescher, Assistent an der Klinik.

In der Literatur ist schon wiederholt die Tatsache erwähnt worden[1]), daß mit zum Wesen der spezifischen Trichophytinreaktion eine polynukleäre Leukozytose gehört in ähnlicher Weise, wie das bei der Tuberkulinwirkung der Fall ist. Es schien das auch ein Beweis dafür zu sein, daß die Dermatomykosen, wennschon ihre Domäne das Gebiet der Körperoberfläche nicht überschreitet, dennoch auf den gesamten Organismus einzuwirken imstande sind und mehr als bloß lokale Reaktionen zur Folge haben[2]).

An der hiesigen Klinik sind in dieser Frage eine Reihe von Untersuchungen angestellt worden, welche ich im folgenden kurz mitteilen möchte. Die Beobachtungen erstreckten sich auf Fälle von oberflächlicher und tiefer Trichophytie, von Favus und Mikrosporie, sowie auf eine Anzahl „Nichttrichophytiker" als Kontrolle.

Was zunächst interessieren muß, ist die Beeinflussung des Blutbildes durch die Krankheit selbst. Ich stelle darum an erster Stelle die zur Verfügung stehenden Blutbefunde aus dem Floritionsstadium der Mykosen zusammen und gebe zur besseren Orientierung die genauen den Krankengeschichten entnommenen Daten (s. Tabelle S. 1012).

Nehmen wir mit Sahli als obere Grenze der normalen Leukozytenmenge 8000 an, so ergibt sich folgendes Bild:

	Zahl der Fälle	Leukozytose vorhanden	Leukozytose fehlt
Tiefe Trichophytie	7	4	3
Oberfl. Trichophytie	2	(1)	1
Favus	2	(1)	1
Sycosis vulgaris	1		1

[1]) Bloch, Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen. Halle 1913. C. Marhold. — Bloch, Über einige allgemein pathologische und therapeutische Probleme auf dem Gebiet der Dermatomykosen. M. m. W., 1915, Nr. 22. — [2]) Daß auch experimentelle Pilzinfektionen bei Tieren (Meerschweinchen), besonders wenn sie wiederholt werden, den ganzen Organismus schwer affizieren, betont u. a. Saeves (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 121, H. 2, S. 185). In unserem Material ist ferner der Prozentsatz der allergischen Meerschweinchen, die nach kutaner Applikation verschiedener Trichophytine zugrunde gehen, ein ganz auffallend hoher.

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Status	Datum der Blutentnahme	Total der „Weißen“	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre u. Übergangsf. %
1	Kerion Celsi (Trichophyton gypseum)	Karl B., 9j.; fast der ganze behaarte Kopf mit höckerig papillären, von zahlreichen Eiterherden durchsetzten Tumoren bedeckt	27. VIII.	19700	7	78,7	1	0	13,3
2	Kerion Celsi	Rosa S., 6j.; auf dem behaarten Kopf handtellergroße flache, mit Pusteln übersäte Scheibe	8. I.	12000	19,5	78,3	0,7	0	1,5
3	Folliculitis agminata	Severino F., 6j.; am linken Unterarm und linken Unterschenkel je ein fünffrankstückgroßer, pilzartig die Haut überragender, eitrig belegter Granulationsherd	21. IV.	9100	36,5	51,5	6,5	0,5	5
4	Sycosis trichophytica (dem Mikrosporon Audouini ähnlicher Pilz)	Josef V., 20jährig; auf der rechten Wange, vom Kinnwinkel bis zum Ansatz des Ohrläppchens reichend, ein tumorartiger granulomatöser Herd, von zahlreichen eitrigen Follikulitiden durchsetzt	20. II.	16600	31,2	66,5	1,1	0,2	1,0
5	Sycosis trichophytica	Arnold S., 21jährig; tumorartige Infiltrate mit fast glatter Oberfläche auf beiden Wangen. Affektion bereits im Abklingen, keine frischen Follikulitiden mehr	16. III.	8000					
6	Sycosis trichophytica (Trichophyton faviforme)	Paul D., 24jährig; am Unterkieferrand mehrere erbsen- bis flachkirschgroße, ziemlich derbe Infiltrate mit spärlichen follikulären Eiterherden. Höhepunkt der Affektion schon überschritten	7. V.	7100	35,5	50	9	0,5	5
7	Folliculitis agminata	Traugott H., 39jährig; fünffrankstückgroßer Granulationsherd am rechten Daumenballen	16. IX.	6600	19	69	0,3	0,7	11
8	Trichophytia superficialis	Amalie S., 10jährig; mehrere über einfrankstückgroße zirzinnäre squamöse Scheiben auf Hals und Wangen		6200	29	64	5	1	1
9	Trichophytia superficialis (Trichophyton plicatile)	Karl S., 52jährig; am linken äußeren Augenwinkel und auf der linken Wange schwach erhabene schuppende Kreise	30. VI.	8600	26	67,33	2,33	0	4,33
10	Favus (Achorion Schoenleini)	Therese V., 10jährig; auf dem behaarten Kopf massenhaft typische Skutula	8. III.	9500	27,6	66,2	3	0,5	2,7
11	Favus (Achorion violaceum)	Karl A., 15jährig; am unteren Augenlid zahlreiche Skutula	25. II.	7300	24,3	71,8	2,1	0,9	0,9
12	Sycosis staphylogenes	Xaver S., 25jährig	III.	6200	40	46	9	1,0	4,0

Digitized by Google

Von den drei Fällen von tiefer Trichophytie ohne Leukozytose stellen zwei bereits Zustandsbilder im Abheilungsstadium der Krankheit dar, der dritte zeigt eine so geringe Ausdehnung des Herdes, daß sich daraus eine schwächere Allgemeinreaktion erklären läßt. Aus der Zusammenstellung ist deutlich ersichtlich, daß die Blutveränderungen in engem Zusammenhang stehen mit der Natur und der Schwere der Mykose. Bei den tiefen Formen, bei welchen die Wechselwirkung zwischen Krankheitserreger und Organismus eine intensive ist, die Resorption von spezifischen Toxinen ohne Schwierigkeiten erfolgen kann, ist auch die Leukozytose am stärksten und wohl mit eine der heftigen Reaktionserscheinungen, mit welchen der Organismus die Pilzinvasion beantwortet. Die oberflächlichen Mykosen, zu denen auch der Favus gerechnet werden muß, verhalten sich dem Parasiten gegenüber viel indifferenter, und darum ist auch eine wesentliche Änderung im Blutbilde gar nicht zu erwarten. Daß die Leukozytose nicht etwa auf eine Mitbeteiligung banaler Eitererreger zurückgeführt werden darf, dafür spricht der Fall von Sycosis vulgaris staphylogenes.

Dem Wesen nach ist die Leukozytose in den Fällen 1 und 2 eine fast ausschließlich neutrophile. Die Zahl der Lymphozyten ist relativ vermindert, absolut aber durchaus normal. Die Fälle 3 und 4 zeigen im Gegensatz dazu auffallend hohe Lymphozytenwerte. Das Verhalten der Übergangsformen ist nicht einheitlich zu deuten. In dem ganz schweren Fall 1 sind sie stark vermehrt, in den übrigen dagegen weicht ihre Zahl nicht von der Norm ab. Die übrigen Zellarten verhalten sich passiv.

Die Fälle ohne Leukozytose zeigen auch im relativen Verhältnis der einzelnen Zellarten zueinander keine besonderen Eigentümlichkeiten.

Wennschon aus den angeführten Zahlen hervorgeht, daß zum Bilde einer schweren tiefen Trichophytie eine Leukozytose gehört, so läßt sich trotzdem eine einheitliche gesetzmäßige Beeinflussung des Blutbildes nicht feststellen.

Von Interesse in dieser Frage sind auch die Blutbilder im Abheilungsstadium der Krankheit.

In allen Fällen finden wir ein Zurückgehen der Leukozytose entsprechend der Schwere der Affektion und der Größe des zeitlichen Intervalles. Bemerkenswert ist der Umstand, daß sowohl die polynukleäre neutrophile Leukozytose in Fall 1 und 2 als auch die Lymphozytose in Fall 4 mit dem Abklingen der Krankheit zurückgehen, so daß man versucht wäre, letztere in beiden Fällen für die Blutveränderung verantwortlich zu machen und die Qualität der Reaktion individuellen Eigenschaften zuzuschreiben.

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Klinischer Befund	Datum der Blutentnahme	Total der „Weißen“	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre Übergangsfor. %	Türksche Reizformen %
1	Kerion Celsi	Herde auf dem behaarten Kopf bedeutend flacher, die eitrige Sekretion nur noch sehr gering	16. IX.	11000	15	69,4	2,60	0	11,33	1,66
2	Kerion Celsi	Affektion klinisch abgeheilt	6. IV.	6200	26,5	65	0,5	0	8	
4	Sycosis tricho-phytica	Herde fast völlig abgeflacht, nur noch wenig entzündet	27. II.	9500	23	70,6	4,2	0,9	1,3	
5	Sycosis tricho-phytica	Herde flach mit ganz vereinzelten noch schmerzenden Infiltraten	7. V.	4900	25	60	2	0	13	

Gerade aus diesen Widersprüchen heraus erhebt sich die Frage, wie weit spezifische Momente bei der Entstehung der Leukozytose von Bedeutung sind. Die Vermutung, es sei dieselbe eine Reaktionserscheinung allgemeiner Art und stehe vielleicht doch mit der Mitbeteiligung banaler pyogener Kokken im Zusammenhang, läßt sich nicht a priori von der Hand weisen. Eine sichere Entscheidung ist nur zu treffen durch das Studium der hämatologischen Veränderungen, die nach der Injektion von Trichophytin, d. h. als hämatologischer Ausdruck der spezifisch allergischen Reaktion, auftreten. Daß bei den kutanen Mykosen eine dem Charakter der Krankheit entsprechende Überempfindlichkeit sich einzustellen pflegt, haben schon Neisser und Plato festgestellt. Während diese Eigenschaft bei den tiefen Formen stets nachweisbar ist, lassen die oberflächlichen dieselbe häufig vermissen oder nur schwächer erkennen. Über reaktive Leukozytose nach einer subkutanen Trichophytininjektion im Blute allergischer Individuen hat Bloch schon früher berichtet. Seither sind in unserer Klinik wiederholt Fälle auf dieses Kriterium hin untersucht worden, zum Teil im Zusammenhang mit einer spezifischen Therapie. Als Antigen zur Reaktionsprüfung diente ein Trichophytin, welches aus verriebenen Kulturen von Achorion Quinckeanum mittels Filtration durch Chamberlandkerzen gewonnen wurde. Die Anwendung erfolgte zum Teil subkutan in Verdünnungen bis 1 : 10000, zum Teil intradermal, in letzterem Falle unverdünnt durch Anlegung praller, ca. $^1/_2$ cm Durchmesser haltender Quaddeln. Meist wurde auf der Beugeseite der Arme injiziert. Der erste Blutbefund wurde in der Regel unmittelbar vor, der zweite 24 Stunden nach der Injektion zur Mittagsstunde

Digitized by Google

in nüchternem Zustande erhoben. Der Pat. befand sich in den meisten Fällen vor und während der Beobachtungszeit in Bettruhe.

Ich gebe wie oben eine kurze tabellarische Zusammenstellung der Versuche. Die Nummern der Fälle entsprechen den in der ersten Tabelle gegebenen, so daß zur Vermeidung von Wiederholungen darauf zurückgewiesen werden kann (s. Tabelle S. 1016).

Um ein deutliches Bild von dem Charakter der reaktiven Blutveränderung zu gewinnen, habe ich die absoluten Zahlen für die quantitativen Verschiebungen der Lymphozyten, polynukleären neutrophilen Leukozyten und der Übergangsformen tabellarisch zusammengestellt (s. Tabelle S. 1019).

Aus den gegebenen Zahlen geht folgendes hervor: Sämtliche Fälle von tiefer Trichophytie reagieren auf Trichophytin in subkutaner und intrakutaner Applikation mit einer deutlichen Vermehrung der weißen Blutkörper. Diese Vermehrung scheint während und nach Abheilung der Mykose konstant zu sein, auf der Höhe der Krankheit dagegen bei bereits bestehender Leukozytose auch ausbleiben zu können (Fall 4). Die Natur der Leukozytose ist eine ganz vorwiegend, zum Teil sogar ausschließlich neutrophile. Sie tritt auch dort zutage, wo die Gesamtzahl der Leukozyten keine wesentliche Veränderung erfährt wie in Fall 2. Fast ebenso beachtenswert ist das Verhalten der Lymphozyten. Während die beiden Reaktionen im Floritionsstadium (Fall 1 und 4) mit einer leichten bzw. erheblichen Zunahme der Lymphozyten isoliert dastehen, zeigen die übrigen in die Zeit der Abheilung fallenden Versuche durchweg einen nicht erheblichen aber doch deutlichen Lymphozytensturz. Im akuten Stadium der Affektion sind neben dem eingeführten Trichophytin noch andere Faktoren maßgebend, welche das Reaktionsbild komplizieren müssen, so vor allem das gleichzeitige Vorhandensein des aktiven Krankheitsherdes, welcher an sich schon eine nicht unerhebliche Leukozytose bedingen kann, und als Folge davon ein bereits unter der Wirkung des Toxins stehender Organismus, dessen Widerstandsfähigkeit individuell sehr verschieden ist. Während der Abheilungsperiode und später liegen die Verhältnisse einfacher, da hier das Toxin den Körper im Ruhestadium antrifft und eine isolierte spezifische Reaktion auszulösen imstande ist.

Die Übergangsformen zeigen in ihrem Verhalten viel Verwandtschaft mit den neutrophilen Leukozyten und sind in den meisten Fällen deutlich vermehrt. Die übrigen Zellarten lassen kein einheitliches Verhalten erkennen.

Die beiden Fälle von oberflächlicher Trichophytie und Tiermikrosporie verraten noch deutlich die hervorgehobenen zwei Komponenten im Reak-

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Status	Datum der Injektion	Art der Injektion in ccm Trichophytin	Lokale Reaktionen	Maximale Temperatursteigerung C°	Datum der Blutentnahme	Zahl der „Weißen“	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre u. Übergangsformen %
1	Kerion Celsi	Siehe oben. Affektion im Floritionsstadium	3. IX.	0,0002			27. VIII.	19700	7	78,7	1	0	13,3
			5. IX.	0,0005 subkutan	6. IX.: linsengroße Papeln mit ausgedehntem Entzündungshof	38,4	6. IX.	28100	15,0	71,33	2,33	0	10,33 + 1% Türksche Reizungsf.
2	Kerion Celsi	s. o. Affektion bereits in Abheilung; Herde bedeutend flacher, an einzelnen Stellen noch Suppuration	24. I.	0,0001			24. I.	7500	36,6	56	4,4	2	1
			25. I.	0,0005	30. I.: an der Injektionsstelle geringe Rötung	37,6	30. I.	11500	23,2	74,3	1,4	0,4	0,7
			30. I.	0,001 subkutan									
	id.	Affektion abgeheilt	6. IV.	0,2 intrakutan, zwei Stellen	7. IV.: fünffrankstückgroßeInfiltrate mit rot. Hof	37,9	6. IV.	6200	26,5	65	0,5	0	8
							7. IV.	6650	13,5	78,5	0,5	0	7,5
3	Folliculitis agminata	s. o. In beginnender Heilung; die Granulationsherde flacher, aber noch stark entzündet	7. V.	0,01 subkutan	8. V.: Injektionsstelle gerötet und etwas infiltriert	37,2	7. V.	10000	41	50	6,5	0,25	2,25
							8. V.	12000	32,5	58	6,25	0,25	3
4	Sycosis trichophytica	s. o. Affektion im Floritionsstadium	20. II.	0,1 intrakutan			20. II.	16600	31,2	66.5	1,1	0,2	1
					22. II.: Am ganzen Arm erysipeloide Rötung und Schwellung; im Gebiet der Injektionsstelle mehrere stecknadelkopfgroße Bläschen, starke Herdreaktion	39,8	22. II.	15250	35,3	62,1	1,9	0,2	0,5
							27. II.	9500	23	70,6	4,2	0,9	1,3
	id.	Affektion in Abheilung; der Herd fast völlig abgeflacht, nur noch wenig entzündet	16. III.	0,2 intrakutan	17. III.: Reaktion wie am 22. II.	38,4	17. III.	12000	10	83,5	1,75	0	4,75

Digitized by Google

5	Sycosis trichophytica	s. o. Affektion in beginnender Heilung	16. III.	0,2 intrakutan	17. III.: fast der ganze Vorderarm gerötet und geschwollen, an der Injektionsstelle lebhaft entzündete Papel	38	16. III. 17. III.	8000 15000	19	71	0	0	10
	id.	Abheilung fast vollendet; die Infiltrate völlig abgeflacht, kaum gerötet	7. V.	0,15 intrakutan, zwei Stellen	8. V.: an beiden Injektionsstellen handtellergroße Rötung mit weicher Infiltration im Zentrum	38,2	7. V. 8. V.	4970 13000	25 7	60 79	2 0,5	0 0,5	13 13
13	Kerion Celsi	Bertha L., 10jährig; auf dem behaarten Kopf kleinhandtellergroße, flach infiltrierte Scheibe. Affektion beinahe abgeheilt	12. V.	0,25 intrakutan, zwei Stellen	13. V.: über talergroße intensive Rötungen mit zentraler Schwellung	keine	12. V. 13. V.	11300 17000	49 27	45 67	3 2,5	0 0	3 3,5
6	Sycosis trichophytica	s. o. Affektion in beginnender Abheilung	7. V.	0,01 subkutan, zwei Stellen	8. V.: 5/7 cm messende flach infiltrierte rote Scheibe	keine	7. V. 8. V.	7100 12600	35,5 29,5	50 62	9 5	0,5 0,5	5 3
			8. V.	0,1 subkutan	9. V.: an der Injektionsstelle diffuses entzündliches Ödem	keine	9. V.	12000	19	72	5,75	0,25	3
	id.	Affektion fast abgeheilt, Infiltrate völlig abgeflacht	21. V.	0,3 subkutan	22. V.: ausgedehnte ödematöse Schwellung der Injektionsstelle	37,6	21. V. 22. V.	8800 12200	29,5 16,5	60,25 76,5	4,75 2,8	0 0	5,5 4,2
21	Folliculitis agminata	Antonie D., 14jährig; zahlreiche ganz oberfl. Herde am Rumpf. Affektion in beg. Abheilung	6. X.	0,4 intrakutan, vier Stellen	7. X.: 2/3 cm messende, hochrote, im Zentrum pralle Schwellung	37,5	6. X. 7. X.	11000 13000	40 24	56 76,5	1,5 0,5	0,5 2,5	2,0 6,5
9	Trichophytia superficialis, Rezidiv	s. o.	30. VI.	0,2 intrakutan	1. VII.: 2/3 cm messende, kaum infiltrierte Scheibe		30. VI. 1. VII.	8600 8600	26 19,25	67.33 76,5	2,33 2,5	0 0	4,33 1,75
10	Favus capitis	s. o. Affektion abgeheilt	21. V.	0,3 intrakutan	22. V.		21. V.	9900 8500	30,5 34,5	59 52,5	4 4	0 0	6,5 9

Digitized by Google

Nummer d. Falles	Diagnose	Status	Datum der Injektion	Art der Injektion	Lokale Reaktionen	Maximale Temperatursteigerung C°	Datum der Blutentnahme	Zahl der „Weißen“	Lymphozyten %	Neutrophile Leukozyten %	Eosinophile Leukozyten %	Basophile Leukozyten %	Mononukleäre u. Übergangsformen %
14	Favus capitis et corporis	Alfred F., 6jährig; Affektion abgeheilt	23. IV.	0,2 Favin intrakutan	24. IV.: keine R.	keine	23. IV.	9300	34	59	3,5	0	3,5
							24. IV.	8600	37	53	3	0,5	6,5
			24. IV.	0,2 Trichophytin intrakutan	25. IV.: 2/3 cm große gerötete weiche Infiltrate	37,2	25. IV.	11300	36,5	54,5	3	0	6
15	Tiermikrosporie (Mikrosporon equi)	Fritz G., 30jährig; Granulationsherd am linken Kieferwinkel ähnlich Sycosis parasitaria. Heilung schon weit fortgeschritten	6. VI.	0,2 intrakutan	7. VI.: Reaktion nicht protokolliert		6. VI.	8400	22,1	68,4	6,5	1,0	2
							7. VI.	9600	18,5	73,7	4,2	1,1	2,5
Kontrollfälle:													
16	Chron. Gonorrhoe, Lues lat.	Marie G., 29jährig	25. V.	0,3 intrakutan, zwei Stellen	26. V.: keine lokale Reaktion		25. V.	11000	24	68,75	1,75	0,25	5,25
							26. V.	10400	30	62,25	2	0,25	5,5
17	Progressive Paralyse	Julius B., 47jährig	7. VI.	0,3 intrakutan, zwei Stellen	8. VI.: talergroße blasse Rötungen	keine	7. VI.	9350	19,25	70	3,75	0,5	6,5
							8. VI.	9700	21	68	3,75	0,5	6,75
18	Urethrit. gonorrhoica acuta	Emil H., 29jährig	7. VI.	0,3 intrakutan	8. VI.: 2/3 cm messender geröteter im Zentrum leicht infiltrierter Fleck	keine	7. VI.	6450	21,25	69,25	3,5	0,5	5
							8. VI.	8500	31,5	62,5	2	0,25	3,75
19	Ekzema acut.	Max S., 9jährig	7. VI.	0,25 intrakutan, zwei Stellen	8. VI.: 3/3 cm weich infiltrierte Flecke	keine	7. VI.	10200	36,75	55,5	1,25	0,5	6
							8. VI.	12300	41,5	51,25	2,25	0,25	4,75
20	Urethrit. gon. chronica	Hans W., 22jährig	7. VI.	0,3 intrakutan, zwei Stellen	8. VI.: 6/4 cm messende gerötete weiche Infiltrate	keine	7. VI.	6200	36,5	52,25	4,5	0,75	6
							8. VI.	10000	24	66	2	0,5	7,5
			14. VI.	0,6 subkutan, zwei Stellen	15. VI.: diffuse ödematöse Schwellung	keine	14. VI.	7700	38,5	47	3	0,5	11
							15. VI.	10100	25,5	65,5	2,75	0,5	5,75

Digitized by Google

	Nummer des Falles	Art der Injektion	Gesamtzuwachs der Leukozyten	Zuwachs der polynukleären neutroph. L.	Zuwachs der Lymphozyten	Zuwachs der Übergangsformen
				%	%	%
1 Tiefe Trichophytie.	1	subkut.	8400 19700 28100	4530 78,7 71,3	2840 7,0 15,0	275 13,3 10,3
Reaktion im Florationsstadium der Mykose	4	intrakut.	— 1350 16600 15250	— 1525 66,5 62,1	250 31,2 35,3	— 90 1,0 0,5
	2	subkut.	4000 7500 11500	4350 56 74,3	— 80 36,6 23,2	5 1 0,7
	2 abgeheilt	intrakut.	450 6200 6650	1200 65 78,5	— 740 26,5 13,5	3 8,0 7,5
	3	subkut.	2800 10000 12800	2420 50 58	60 41 32,5	159 2,25 3
	4	intrakut.	3300 9500 12800	4000 70,6 83,5	— 900 23 10	485 1,3 4,75
	5	„	7000 8000 15000			
Reaktion im Abheilungsstadium der Mykose	5 fast abgeheilt	„	8030 4970 13000	7000 60 79	— 340 25 7	1045 13 13
	6	subkut.	5500 7100 12600	4260 50 62	1200 35,5 29,5	30 5 3
	6	„	4900 7100 1200	5900 50 72	— 240 35,5 19	5 5 3
	6	„	3400 8800 12200	4000 60,25 76,5	— 600 29,5 16,5	28 5,5 4,2
	13	intrakut.	5700 11300 17000	6300 45 67	— 940 49 27	255 3 3,5
	21 beg. Abheilg.	„	2000 11000 13000	3720 56,0 76,5	— 1280 40 24	625 2,0 6,5
2. Oberflächliche Trichophytie	9	„	0 8600 8600	790 67,3 76,5	— 580 26,0 19,25	— 220 4,33 1,75
3. Favus	10	„	— 1400 9900 8500	— 1380 59 52,5	— 90 30,5 34,5	125 6,5 9
	14	„	2700 8600 11300	1600 59 53	940 34 37	120 3,5 6,5
4. Mikrosporie	15	„	1200 8400 9600	1330 68,4 73,7	— 80 22,1 18,5	70 2 2,5
Kontrollfälle	16	„	— 600 11000 10400	— 1090 68,75 62,25	480 24 30	— 5 5,25 5,5
	17	„	350 9350 9700	50 70 68	240 19,25 21	45 6,5 6,75
	18	„	2050 6450 8500	850 69,25 62,5	1310 21,25 31,5	— 5 5 3,75
	19	„	2100 10200 12300	640 55,5 51,25	1360 36,75 41,5	— 35 6 4,75
	20	„	3800 6200 10000	2760 52,25 66,0	137 36,5 24,0	38 6 7,5
			2400 7700 10100	3000 47 65,5	— 160 38,5 25,5	— 265 11 5,75

Digitized by Google

tionsbilde: polynukleäre Leukozytose, leichter Lymphozytensturz. Die absolute Größe des Ausschlages ist allerdings eine sehr geringe und nur im Blutbilde deutlich ersichtlich. Beim Favus läßt sich eine Gesetzmäßigkeit in der Reaktion nicht mehr erkennen, indem sich die beiden Fälle in ihren Reaktionen, falls man diese überhaupt als solche will gelten lassen, widersprechen.

. Die Kontrollen endlich ergeben die bemerkenswerte Tatsache, daß auch der nicht allergische Organismus auf Trichophytin mit ähnlichen, wenn auch schwächeren Lokalreaktionen: Rötung, Schwellung, antwortet wie der allergische. In der Hälfte der Fälle zeigt sich auch eine leichte Vermehrung der Leukozyten, wobei es sich aber im Gegensatz zu der spezifischen Reaktion in der Hauptsache um eine Lymphozytose handelt. Die Polynukleären und Übergangsformen sind nur unbedeutend beteiligt.

Von den Kontrollfällen 16—19 unterschied sich Fall 20 durch sehr intensive Lokalreaktion, so daß uns schon daraus der Verdacht erwuchs, daß es sich hier trotz der negativen Anamnese um eine spezifische Allergie nach überstandener Mykose handelt; auch die Blutreaktion spricht in diesem Sinne.

Wennschon die relativ geringe Zahl der Fälle eine Aufstellung gesetzmäßiger Normen nicht erlaubt, so läßt sich doch die Tatsache feststellen, daß beim trichophytiekranken allergischen Individuum die Blutreaktion auf Trichophytin sowohl der Größe des Ausschlages als auch besonders der Veränderung des Blutbildes nach einen spezifischen Charakter aufweist, dessen Hauptkriterium eine polynukleäre neutrophile Leukozytose ist. Aus diesem Grunde zeigen die tiefen Formen der Trichophytie mit ihrer oft hochentwickelten Überempfindlichkeit auf das Antigen die am meisten charakteristischen Reaktionsbilder. Viel unbeständiger ist das Verhalten der übrigen Formen, bei welchen sich allergische Eigenschaften in viel geringerem und individuell sehr verschiedenem Grade entwickeln. Auch solche Individuen, welche eine Mykose gar nicht durchgemacht haben, lassen noch leichte Reaktionen erkennen, allein dem Blutbild fehlt der spezifische Charakter.

Der Grad der Leukozytose ist in der Regel kein sehr bedeutender; er scheint an eine kräftige Lokalreaktion gebunden zu sein, doch läßt sich aus den oben gegebenen Zahlen ein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen den einzelnen Reaktionskomponenten nicht nachweisen. Bei der subkutanen Applikation können auf dem Höhepunkt der Krankheit schon kleinste Mengen ($^1/_2$—1 mg) starke Reaktionen hervorrufen (Fall 1), während später schon größere Dosen erforderlich sind. Nach wiederholter Anwendung nimmt die Empfindlichkeit rasch ab. So reagiert Fall 6 ein

Digitized by Google

erstes Mal auf 1 cg Trichophytin mit einer Leukozytensteigerung von 7100 auf 12600; zwei Wochen darauf läßt sich mit der 30fachen Menge kein größerer Ausschlag erzeugen. Intradermal sind Mengen von 0,1—0,3 g erforderlich, um im Blut deutliche Reaktionen auszulösen.

Das Fieber steht mit der Alteration des Blutes in keinem direkten Zusammenhang. Im Fall 13 (Kerion Celsi, abgeheilt) tritt ohne die geringste Temperatursteigerung, aber unter starker Lokalreaktion eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen von 11300 auf 17000 ein; Fall 2 (Kerion Celsi) ergibt dagegen unter gleichen Versuchsbedingungen (Mykose abgeheilt, intrakutane Injektion) bei einer Temperaturerhöhung auf 37,9° bloß eine leichte Verschiebung der relativen Werte. Im Fall 4 (Sycosis par.) verhält sich das Blut im Floritionsstadium der Krankheit bei bereits bestehender ziemlich erheblicher Leukozytose auf Trichophytininjektion refraktär trotz kolossaler Lokal- und Allgemeinreaktion (Fieber 39,8°); erst im Abheilungsstadium läßt sich wiederum unter heftigen übrigen Reaktionen ein relativ bescheidener Ausschlag erzielen. Fall 1 dagegen, bei welchem ebenfalls starke Leukozytose besteht, reagiert auf minimale Antigenmengen mit einer weiteren ganz beträchtlichen Steigerung des Ausschlages. Den kausalen Zusammenhang für die Divergenz der Reaktionsbilder zu finden, will schwer fallen. Individuelle Verschiedenheiten im biologischen Verhalten des Organismus im allgemeinen und im speziellen des hämatopoetischen Systems dem Antigen gegenüber dürften eine Rolle spielen.

Von Bedeutung ist auch die Art der Applikation. Subkutan sind schon bedeutend kleinere Mengen wirksam als bei intrakutaner Anwendung. Bei der Passage durch die Kutis scheint sich das Antigen unter Entfaltung lokaler toxischer Wirkungen rasch abzuschwächen, was auf Bindung oder Abbau durch affine Elemente zurückgeführt werden kann. Die Leukozytose scheint jedoch nicht oder wenigstens nicht nur die Folge dieser in loco sich abspielenden toxischen Vorgänge zu sein; denn sie kann selbst bei sehr starken Lokalreaktionen ausbleiben. Daß das Trichophytin auch den unter der Kutis liegenden Geweben gegenüber sich nicht indifferent verhält, beweist das Auftreten ausgedehnter entzündlicher Ödeme in der Subkutis bei subkutaner Injektion, ohne daß dabei die Haut eine wesentliche Mitbeteiligung zeigt. Ob diese Veränderungen in loco durch frei werdende toxische Stoffe histogener oder humoraler Provenienz die Leukozytose anregen oder ob das Trichophytin direkt toxisch auf die blutbildenden Organe einzuwirken vermag, lasse ich unerörtert.

Zum Schlusse möchte ich nochmals auf die Analogie hinweisen, welche die Trichophytinreaktion auch auf diesem Gebiete mit der Tuber-

Digitized by Google

kulinreaktion besitzt. Auf die Einverleibung von Tuberkulin hin tritt ebenfalls eine polynukleäre Leukozytose auf, welche nach SAHLI im allgemeinen an sonstige reaktive Erscheinungen gebunden ist und ein weit feineres Reagens darstellen soll, als das Auftreten der klinischen, sonst wahrnehmbaren Reaktionen. Dieses letzte Kriterium darf allerdings nicht in gleichem Maße auf das Trichophytin Anwendung finden, wo die lokale Kutanreaktion die hämatologische an Feinheit übertrifft.

Zusammenfassung:

1. Die tiefen Formen der Trichophytie (Kerion Celsi, Sycosis trichophytica, Folliculitis agminata) zeigen auf der Höhe der Krankheit eine mehr oder weniger ausgesprochene Leukozytose. Die oberflächlichen Formen lassen keine Beeinflussung des Blutbildes durch den Krankheitsprozeß erkennen.

2. Zum Bilde der spezifischen Trichophytinreaktion gehört als hämatologische Komponente eine polynukleäre neutrophile Leukozytose. Meist kombiniert sich damit eine absolute Abnahme der Lymphozyten. Die Reaktion tritt sowohl nach intrakutaner als nach subkutaner Injektion von Trichophytin auf. Sie ist entsprechend der Bedeutung der Mykose für die Entstehung einer spezifischen Allergie bei den tiefen Formen der Trichophytie quantitativ und qualitativ am stärksten. Bei den oberflächlichen ohne intensivere Entzündungserscheinungen verlaufenden Formen ist ihr Ausfall weniger konstant; doch verrät er in den positiven Fällen noch deutlich den spezifischen Charakter.

3. „Nichttrichophytiker", d. h. Individuen ohne spezifische Allergie, vermögen auf Trichophytin zwar auch mit einer Leukozytose zu reagieren, allein es handelt sich dabei stets um eine vornehmliche Vermehrung der Lymphozyten.

4. Der Grad der Leukozytose steht in keinem direkten Abhängigkeitsverhältnis zu den übrigen lokalen und allgemeinen Reaktionserscheinungen.

Digitized by Google

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Juli 1915, Band 22, Heft 7.

Über den histologischen Bau von Skleroseresten nach kombinierter Quecksilber-Salvarsankur nebst Untersuchungen über ihren Keimgehalt, von R. Habermann-Bonn. Bei acht Luetikern wurden nach Durchführung von ausreichenden kombinierten Quecksilber-Salvarsankuren die noch vorhandenen Sklerosennarben exzidiert und untersucht. Hierbei fanden sich stets noch perivaskuläre Infiltrate hauptsächlich von Lymphozyten und Plasmazellen, dagegen niemals Spirochäten. Das Fehlen derselben wird auf die Verwendung von Altsalvarsan und die Dauer und Stärke der Kuren zurückgeführt. In einer Narbe eines annulären Skleroserezidivs fand sich ein histologisches Bild, welches an ein Boecksches Sarkoid erinnerte.

Über das Auftreten von Blasen bei Lichen ruber planus, von F. Tamm-Hamburg. Bei der Kranken zeigten sich die ersten Knötchen an den Beugeseiten der Handgelenke, dann traten sie am Brustbein, in der Steißbeingegend und an den Oberschenkeln auf. Nach einem halben Jahre war die Affektion am ganzen Rumpfe verbreitet. In dieser Zeit konnten die ersten Blasen beobachtet werden. In den nächsten acht Wochen wurde die Entwicklung von Blasen auf der vom Lichen befallenen Haut noch mehrfach beobachtet. Die Blasenbildung war durch Arsendarreichung sowie durch äußere Reizmittel steigerungsfähig. Die histologische Prüfung ergab, daß die Blasen durch eine Abhebung des zahlreiche dyskeratotische Zellen aufweisenden Epithels entstanden waren.

Über Onychomykosis saccharomycetica, von M. Bourgeois-Basel. Die Erkrankung beginnt an den seitlichen freien Ecken der Fingernägel und schreitet von hier aus auf die übrigen Teile fort. Die erkrankten Nagelpartien bekommen einen matt-gelblichgrauen Farbenton, untermischt mit dunkeln und hellen Streifen. Das Relief der Oberfläche ist erhalten, dagegen wird der Nagel von der Unterlage etwas abgehoben. In diesem Zwischenraume findet sich eine faserig-krümelige Masse, welche stellenweise in die Schichten des Nagelbettes selbst übergeht. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigen sich in den erkrankten Nagelpartien Pilzsporen. Die Kultivierung ergab, daß es sich um einen Saccharomyzes handelte. Beide Patienten hatten in demselben Haushalte eine diabeteskranke Frau zu verpflegen. Hierdurch war die Gelegenheit zur Infektion gegeben.

August 1915.

Zur Klassifizierung einiger Dermatomykosen, von Marie Kaufmann-Wolf-Berlin. Zunächst werden die klinischen Bilder der Pityriasis versicolor, des Erythrasma, der Badetrichophytie, der Soormykose der Säuglinge und der interdigitalen Soormykose der Erwachsenen besprochen. Darauf werden die mikroskopischen Bilder, welche diese Affektionen in den Hornschuppen bieten, berücksichtigt. Weiter folgen die Ergebnisse der Pilzzüchtung. Die klinischen Bilder zeigen in bezug auf die auffallende Kontagiosität, die Oberflächlichkeit des Wachstums, die Neigung zu flächenhafter Ausdehnung, die mangelnde Dauerheilung und das Fehlen subjektiver Beschwerden wenigstens bei den vier ersten Mykosen vollkommene Übereinstimmung. Alle Pilze wachsen in Faden- und Sproßform, eine Eigentümlichkeit, wie sie dem Soor zukommt. Infolgedessen sind dieselben der Soorpilzgruppe zuzuzählen. Bei der Prüfung der Pathogenität zeigte es sich,

Digitized by Google

daß der Pilz der interdigitalen Mykose, bei Tieren intraperitoneal injiziert, Tumoren von tuberkelartigem Bau hervorrief.

Über einen Fall von Lichen ruber acuminatus universalis mit begleitender Erythrodermia exfoliativa, subakutem Verlauf und Heilung bei einem zweijährigen Kinde, von Werther-Dresden. Das Kind erkrankte unter Fieber an einem ziegelroten Ausschlage auf beiden Wangen und den Extremitäten. Nach 14 Tagen wurde der Rumpf befallen. Das Exanthem bestand teils aus einzelnen typischen Knötchen, teils aus durch Konfluenz hervorgegangenen großen Plaques. Außerdem wurden große Flächen von einer diffusen, scharlach- bis blauroten, steifen Erythrodermie eingenommen. Daneben bestehen eine Anzahl mehr sekundärer Veränderungen. Auf dem Höhepunkte der Exanthementwicklung war die Temperatur recht hoch (39—40°), der Puls war in dieser Zeit 160. Die inneren Organe waren bis auf etwas Bronchitis intakt. Die Therapie bestand in Bädern und Einfettung der Haut. In der sechsten Krankheitswoche ging die Affektion zurück, und in der neunten war der Zustand der Haut fast normal.

Zur Kenntnis der Zaraath, des alttestamentlichen Aussatzes, von Vörner-Leipzig. Die falschen Vorstellungen, welche man sich über den Aussatz der Juden zu bilden pflegt, sind nach Ansicht des Verfassers die Folge der unsachgemäßen Interpretation des Textes, Levitikus 13. Derselbe schildert vielmehr eine das Stratum corneum exfoliierende, zur Ausbreitung neigende, rasch unter Pigmentverlust der Decke samt den Haaren (Leukoderma und Poliose) sich rekeratisierende Hautentzündung, welche entweder zu Dauerheilung oder zu Rezidiven führt. Das Auftreten der Zaraath im 12. und das Verschwinden derselben im 5. Jahrhundert v. Chr. ist durch die Änderung hygienischer Verhältnisse bedingt.

Variköser Symptomenkomplex und Röntgenbild, von Jean und Elsa Kottmaier-Hannover. Röntgenaufnahmen von Unterschenkeln, welche von chronischen Fußgeschwüren befallen sind. Aus den Abbildungen ist die Zunahme der Knochensubstanz ersichtlich. H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Band 122, Heft 1.

Schaudinns Entdeckung im April 1905, von A. Neisser-Breslau. Worte der Anerkennung aus Anlaß der vor zehn Jahren erfolgten Entdeckung der Spirochäte.

Hautveränderungen in einem Falle von lymphatischer Leukämie, von Carl Kreibich. Bei einer 55jährigen Kranken trat nach einer Röntgenbestrahlung wegen leukämischer Drüsenschwellung ein stark juckender Ausschlag ein, dessen Effloreszenzen teils quaddelartige Ödeme ohne, teils solche mit konsekutiver Bläschen- und Blasenbildung aufwiesen.

Rezidivierendes Erythema perstans faciei mit Ausgang in Atrophie, von C. Kreibich. Die Patientin, welche vor sechs Jahren wegen Halsdrüsenschwellung operiert wurde, derzeit aber keine kranken Drüsen aufweist, erkrankt in den letzten zehn Monaten mehrmals unter hohem Fieber, welches immer einige Wochen anhält. Gleichzeitig tritt im Gesicht eine entzündliche Schwellung auf, die in Form kleinster roter Flecken über die Fieberzeit hinaus persistiert, die weiter zur narbigen Atrophie der Gesichtshaut, des Lippenrotes, zur Rhinitis atrophicans mit Erosionen und zur narbig atrophischen Alopezie führt. Die Histologie bestätigt die Diagnose.

Bemerkungen zu einer Fußnote Tschernogubows im A. f. D. u. Syph., Bd. 120, S. 77, von H. Hecht-Prag. Wahrung von Prioritätsansprüchen, welche der Verfasser für seine Abänderung der Serumreaktion geltend macht.

Digitized by Google

Heft 2.

Ein Beitrag zur Darstellung des Bindegewebes, von K. Herxheimer. Die Vorschrift für die Methode ist: das Präparat wird 24 Stunden in Lugolscher Lösung fixiert, dann $^1/_2$ Stunde gewässert, in 70- und 90%igem und absolutem Alkohol entwässert, in Xylol eingelegt und in Paraffin eingebettet. Die Schnitte kommen 2 Minuten in 10%ige Phosphormolybdänsäure und bei reinen Bindegewebspräparaten 5—8, beim Vorhandensein rein bindegewebiger Bestandteile bis zu 15 Minuten in Hämatoxylin nach Mallory. Hiernach Entwässerung bis zur Blaufärbung, dann Alkohol, Xylol, Kanadabalsam.

Heft 3.

Dermatitis angioneurotica, von C. Kreibich-Prag. Der erste Fall betrifft eine 13jährige Schülerin, welche die Affektion das erste Mal am Kinn, später auch an den Wangen schubweise ohne größere Intervalle aufwies. Außerdem wurde in der Mitte der Stirn ein einzelner, an den Kieferwinkeln ein symmetrischer und am rechten Unterschenkel ein streifenförmiger Herd konstatiert. Die Effloreszenzen waren Blasen, welche zu Borken vertrockneten und ohne Narbenbildung abheilten. Beim zweiten Fall, einem gleichaltrigen Mädchen, begann dieselbe Affektion am linken Unterarm, trat nach drei Wochen im Gesicht auf, dann an den Unterschenkeln, und später rezidivierte sie alle 3—4 Wochen im Gesicht. Der Verlauf war wie im anderen Falle. Die Fälle sind analog der von Matzenauer und Polland beschriebenen Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, obwohl bei diesen Mädchen die Menstruation noch nicht eingetreten war.

Heft 4.

Über Herpes zoster nach Schußverletzung eines Nerven, von A. v. Tschermak-Prag. Nach einer Perforierung des Oberarmes durch eine Gewehrkugel stellten sich sensible Störungen im Nervus ulnaris ein. Im Anschluß an diese entwickelte sich am 109. Tage ein Exanthem zunächst am fünften Finger und später am ulnaren Rande der Hand. Es waren erst rote Flecken, welche sich zu Blasen umwandelten, dann zu Borken eintrockneten und nach drei Wochen unter Hinterlassung muldenförmiger Narben abfielen. Der Verfasser sieht in seinem Falle einen Beleg für Kreibichs Theorie, daß der Zoster eine angioneurotische Hautentzündung ist. H. Vörner-Leipzig.

Dermatologisches Zentralblatt.

1915, Nr. 8, 9 und 10.

Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von J. Schumacher-Berlin. Die Berechtigung einer Abortivkur bei frischer Infektion mit Gonokokken läßt sich nicht mehr in Abrede stellen. Die Vornahme derselben hängt nicht von der Inkubationszeit, sondern vom Einsetzen der Sekretion ab. Wenn der Ausfluß länger als zwei Tage besteht, ist es nur selten möglich, eine Abortivkur mit Erfolg durchzuführen. Dabei ist die erste Blennorrhoe schwieriger als die folgenden zu beeinflussen. Schaden kann die Abortivkur niemals. Selbst dort, wo eine Abortivkur nicht den gewünschten Erfolg hatte, ist gewöhnlich zu beobachten, daß die Blennorrhoe sehr mild verläuft. Als Mittel wird eine Solution von Albargin 1 : 1000 empfohlen, damit wird zunächst die Anterior 10—15mal ausgespült, dann läßt man unter Druck die Blase vollaufen und den Patienten urinieren. Hiernach wird die Blase nochmals, aber nur zur Hälfte gefüllt, der Patient wird angewiesen, 3—4 Stunden nicht zu urinieren. Jedenfalls ist der Durchspülung der Harnröhre mit dünnen Silberlösungen der Vorzug zu geben gegenüber solchen stärkerer Konzentrierung. Die Resultate sind gute, etwa 50% der Fälle werden abortiv geheilt.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen.

Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bezüglich der Gefahren des Geschlechtsverkehrs, von G. Reh und W. Heuck. (München, J. F. Lehmann.) Acht Tafeln mit teils farbigen, dem aus dem gleichen Verlag hervorgegangenen Mračekschen Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten entnommenen, teils photographischen Abbildungen syphilitischer Krankheitserscheinungen der verschiedensten Stadien, vom Primäraffekt an bis zu den ärgsten Deformierungen tertiären Charakters, und der verschiedenen Grade des Ulcus molle, die bezwecken „dem Sanitätsoffizier beim Unterricht über Gesundheitspflege ein Mittel zu bieten, den Schülern die Folgen ansteckenden geschlechtlichen Verkehrs recht deutlich vor Augen zu führen". Bei einem Teil der Belehrten können diese Abbildungen wohl abschreckend wirken, und so sind sie unzweifelhaft geeignet, in der Fülle derjenigen Mittel, die man zur Verminderung der Geschlechtskrankheiten aufzubieten gedenkt, ihren Platz mit einzunehmen.

E. Klemm-Leipzig.

Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden, von W. H. Dreuw-Berlin. (Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin 1915.) Das Buch, das der Verfasser als kurzen Leitfaden aufgefaßt haben will, gehört zu den zahlreichen medizinischen Publikationen, zu deren Erscheinen die zum Teil sehr große Veränderung, die während des Krieges die ärztliche Tätigkeit erfährt, Veranlassung gegeben hat. Es enthält in seinem ersten Teile eine Besprechung der für das Heer in Frage kommenden wichtigsten Hautkrankheiten, naturgemäß in Rücksicht auf seinen Zweck Prophylaxe und Therapie besonders betonend. Letztere bewegt sich in der Richtung der Unnaschen Schule und weist eine ganze Anzahl von bekannten Rezeptformeln auf. So sehr dieser Teil knapp gehalten und auf das Notwendigste beschränkt ist, so sehr schweift der zweite, venerische Teil ins Weite. Von den 200 Seiten des gesamten Buches beschäftigen sich nicht weniger als 87 mit statistischen Erhebungen über Geschlechtskrankheiten, Geschichte des Kampfes gegen die Prostitution in den besetzten Gebieten seit Kriegsbeginn, Bekämpfung der Prostitution überhaupt, Abwägungen des Wertes von Abolitionismus und Reglementierung, welch letztere der Verfasser sehr skeptisch beurteilt. Ganz von selbst gleitet schon hierbei dem Verfasser die Feder in den Kampf gegen das Salvarsan hinein, dem noch ein weiteres Kapitel (Arsentherapie) gewidmet ist. Abgesehen von diesen Erörterungen aber, die man in einem kurzen Leitfaden eigentlich nicht zu suchen pflegt und die über dessen Rahmen hinausgehen dürften, entspricht das Buch dem Zweck, für den Verfasser es bestimmt hat, den Lazaretten, sowohl den Feld- und Kriegslazaretten wie denen in der Heimat, zu ermöglichen, eine passende Behandlungsmethode der wichtigsten Haut- und Geschlechtskrankheiten schnell aufzufinden.

E. Klemm-Leipzig.

Kriegsaphorismen eines Dermatologen, von P. G. Unna. (B. kl. W., 1915, Nr. 9 ff.) Auch diese gewissermaßen einen Extrakt der Dermatologie in gedrängtester Kürze bildenden kleinen Aufsätze sind mit Rücksicht darauf geschrieben, daß die in ihnen enthaltenen praktischen Winke und Formeln bei im Felde vorkommenden Hautaffektionen Anwendung finden sollen. Wenn sie auch fast nur bereits Bekanntes und Bewährtes bringen, so liegt gerade darin ihr Vorzug, daß der Behandelnde, der sich an sie hält, deshalb auf Erfolg rechnen kann. Die einzelnen Abschnitte behandeln 1. Furunkel, 2. Furunkulose, 3. Achselhöhlenabszesse, 4. nässende Ekzeme, 5. trockene Ekzeme,

Digitized by Google

6. Psoriasis, 7. Krätze, 8. Pyodermie — Impetigo Bockhart, 9. Erysipel, 10. Frost und Frostbeulen, 12. Quecksilbergleitpuder (Pulvis fluens hydrargyri), 13. Syphilide, 14. Lupus, die primäre Hauttuberkulose, 15. sekundäre tuberkulöse Hautleiden, 16. Ersatz für Weizenstärke. Sie enthalten viel Wertvolles und zeichnen sich unter anderem dadurch aus, daß alle Verordnungen auf möglichst einfache Formeln gebracht sind, und daß es nicht an Hinweisen fehlt, wie man im Notfall die verschiedenen Mittel beim Fehlen durch andere ersetzen kann. E. Klemm-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. Tuberkulose.

Antipartialantigene, von Alfred Adam-Hamburg. (Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1914, Bd. 31, H. 2.) Das Serum Tuberkulöser oder mit Tuberkulin Behandelter kann die Reizwirkung des Alttuberkulins abschwächen. Man läßt solches Serum mit abgestuften Verdünnungen des Alttuberkulins längere Zeit aufeinander einwirken und beobachtet den Ausfall der Intrakutanreaktion dieser Mischung. Die in einer beschränkten Stärke wirksame Hemmkraft des Serums wird einem Antituberkulin zugeschrieben. Verfasser untersuchte diese Erscheinung an einer größeren Anzahl mit Partialantigenen behandelter Patienten (Lupus und Lungentuberkulose). Danach blieb die Wirksamkeit der wasserunlöslichen Partialantigene unverändert; dagegen ließ die Beobachtung unbedeutende Abschwächung des Eiweißes und geringe Verstärkung der Fettantigene erkennen. Die Zerstörung der wasserunlöslichen Bestandteile geschieht langsam, sie erzeugt nur zelluläre Überempfindlichkeit. Das wasserlösliche Filtrat wurde dagegen reaktionsfähig, auch bei Patienten, die mit Alttuberkulin therapeutisch behandelt wurden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Die kleinpapulösen Hauttuberkulide beim Kinde, von E. Feer-Zürich. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, 39.) Beschreibung des klinischen und pathologisch-anatomischen Befundes des ausschließlich beim Kinde vorkommenden kleinpapulösen Tuberkulides, das große diagnostische Bedeutung besitzt, da es das Bestehen einer aktiven Tuberkulose anzeigt, was von um so größerer Wichtigkeit ist, als es durch die kutane Tuberkulinprobe nicht möglich ist, eine aktive und inaktive Form zu unterscheiden.

H. Boehme-Leipzig.

Tuberculosis cutis papulosa, von F. Šamberger-Prag. (5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte, 1914.) Der Verfasser sah bei einem 17jährigen Mädchen in der Umgebung eines typischen Skrophuloderma Papeln, die sich histologisch als typische Tuberkulome präsentierten. Es waren stecknadelkopf- bis linsengroße, braunrote, halbkugelige oder abgeflachte Effloreszenzen, die auf hyperpigmentierter Haut saßen und ganz nach Art des Lichen ruber planus wachsartig glänzten. Tuberkelbazillen konnten zwar nicht nachgewiesen werden, doch beweist der histologische Befund und die Lokalisation in der Umgebung einer zweifellos tuberkulösen Affektion ihre tuberkulöse Natur. Der Verfasser schlägt vor, die Hauttuberkulose analog der Syphilis in folgende Gruppen einzuteilen: 1. Tuberculosis cutis maculosa s. luposa; 2. T. c. papulosa; 3. T. c. pustulosa; 4. T. c. ulcerosa; 5. T. c. gummosa. Zwar ist die makulöse Lues eine universelle, die makulöse Hauttuberkulose eine lokalisierte Affektion; aber dies wäre auch der einzige schwache Punkt der Einteilung, der durch die praktischen Vorteile bei der Differentialdiagnose der Lues und Tuberkulose der Haut reichlich aufgewogen wäre.

G. Mühlstein-Prag.

Digitized by Google

Zur Therapie der Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches, von A. Tiedemann. (D. Zschr. f. klin. Chir., Mai 1914.) Verfasser hatte eine Frau mit ausgedehnten lupösen Veränderungen und tuberkulösen Ulzerationen der Mund- und Zahnfleischschleimhaut in Behandlung; alle Behandlungsmethoden, Milchsäurepinselungen usw. blieben erfolglos. Nunmehr nahm Verfasser Bestrahlungen mit 5 mg stärksten Mesothoriumbromids vor; im ganzen erfolgten 20 Bestrahlungen, je zweimal wöchentlich. Es gelang nicht nur, die Schmerzhaftigkeit herabzusetzen und dadurch die Nahrungsaufnahme wieder zu ermöglichen, sondern es wurde völlige Heilung mit ein Jahr anhaltender Rezidivfreiheit erzielt. Verfasser empfiehlt daher das Mesothorium aufs wärmste. R. Frühwald-Leipzig.

Fall von tuberkulösem Zungengeschwür, von Jean-Paul Tournoux. (Prov. méd. 1914, Nr. 28.) An einem 60jährigen Mann von gutem Allgemeinzustand hatte sich seit etwa sechs Monaten eine Ulzeration des rechten Zungenrands entwickelt, die zuletzt von der Zungenspitze ausgehend 3 cm lang, $^1/_2$ cm breit und 2—3 mm tief war unregelmäßige, dünne, wenig vorspringende und glatt abgeschnittene Ränder und einen grauen Grund mit ausgehöhlter Oberfläche hatte. Die Umgebung des Geschwürs war in der Breite von etwa 1 cm induriert. Die Ulzeration war spontan wenig schmerzhaft, nur bei Berührung oder im Kontakt mit warmen und scharfen Speisen. Die Halslymphdrüsen bereits deutlich geschwollen und hart. Eine Probeexzision ergab deutliche tuberkulöse Veränderungen. Die Therapie bestand in zwei Eingriffen, zunächst der Säuberung der rechten Halsseite von den Lymphdrüsen und Unterbindung der Lingualis, zwei Wochen später Säuberung der linken Halsseite, ebenfalls Ligatur der Lingualis und Ablation eines Drittels der Zunge, derartig ausgedehnt in Hinsicht auf die erwähnte Induration der Zunge, um das so häufige lokale Rezidiv zu vermeiden. Die histologische Untersuchung des exstirpierten Stücks bot ebenfalls die charakteristischen tuberkulösen Veränderungen, Tuberkel und Riesenzellen, die sich auch in Lymphdrüsen feststellen ließen, in manchen von diesen waren schon Verkäsungen. Innerhalb vier Monaten nach der Operation ist kein Rezidiv eingetreten. Auf die Feststellung, daß die Lungen intakt waren, wird für die Auffassung dieser Ulzeration als primärer tuberkulöser Herd und in Anbetracht der Seltenheit schon der Zungentuberkulose überhaupt, viel mehr aber noch der primären Zungentuberkulose, besonderes Gewicht gelegt. Nachdem vergeblich ein anderer tuberkulöser Herd im Körper gesucht worden ist, wird eine durch einen kariösen Zahn hervorgerufene Ulzeration als Gelegenheitsursache dieser Lokalisation betrachtet. E. Klemm-Leipzig.

Direkte Chemotherapie lokaler Tuberkulosen auf arteriellem Wege, von J. Goyanes. (Revista clin. Madrid, 30. Oktober 1914.) Verfasser hat es unternommen, Knie- und Ellenbogentuberkulose mittels intraarterieller Injektion von Aurum-Kalium cyanatum zu behandeln. In Chloroformnarkose wird die Radial- oder Femoralarterie bloßgelegt und dann 4—5 ccm einer 1%igen Lösung in 50 ccm physiologischer Kochsalzlösung injiziert; 50 ccm Kochsalzlösung werden nachgeschickt. 8—10 Stunden nach der Injektion entsteht eine ödematöse Schwellung der erkrankten Partien; tags darauf treten Gelenkergüsse und große Blasen auf. Die Erscheinungen halten etwa zehn Tage an. In einigen Fällen traten keine, in anderen dagegen alarmierende Allgemeinerscheinungen auf; es kam zu Temperatur- und Blutdrucksenkung, ja ein Patient starb drei Tage nach der Injektion. Bei mehreren Kranken wurden die Injektionen wiederholt. Die krankhaften Symptome wurden in mehreren Fällen bedeutend gebessert: die Schmerzen und die Gelenkschwellungen nahmen ab, die Beweglichkeit wurde besser. Es läßt sich aber noch kein definitives Urteil abgeben. R. Frühwald-Leipzig.

Digitized by Google

Kupferbehandlung der Tuberkulose und Chemotherapie, von Artur Strauss-Barmen. (Zschr. f. Chemother., 1914, Bd. 2, H. 2—4.) Die Behandlung der äußeren Tuberkulose besteht aus einer örtlichen und aus einer allgemeinen. Die örtliche Behandlung wird mit einer Salbe (Lekatylsalbe) durchgeführt, die aus einer Verbindung von zimtsaurem Kupfer mit Lezithin besteht. Ihr Kupfergehalt beträgt $1^1/_2\%$. Zur Herabsetzung ist sie mit Zykloform versetzt. Zur allgemeinen Behandlung durch Inunktionen benutzt man dieselbe Salbe. Dazu gibt man dragierte Pillen; jede Pille enthält 0,005 Kupfer. Man verabreicht dreimal täglich 1—2 Stück nach den Mahlzeiten. Die Schmierkur wird wie bei Quecksilberkuren durchgeführt: man lasse täglich 3—6 g 15—20 Minuten lang in die Haut verreiben. Intravenöse Injektionen macht man zweimal wöchentlich. W. Chrzelitzer-Posen.

Wirkung der Heliotherapie bei der Behandlung der Hauttuberkulose, von E. Vidal. (Kongr. d. internat. Ges. f. Thalassother., Cannes 1914.) Verfasser gibt in seinem Referate zuerst einen geschichtlichen Überblick und zeigt, daß die heilende Wirkung der Sonnenstrahlen schon den Griechen und Römern bekannt war. In der Zeit der Völkerwanderung ging diese Erkenntnis verloren, und erst im 18. Jahrhundert wurde die Heliotherapie wieder aufgenommen und dann später noch zu wiederholten Malen wieder entdeckt. Zu dem speziellen Teile übergehend zeigt Vidal an der Hand von Bildern die schönen Resultate, die mit der Sonnenbehandlung bei Hauttuberkulose, speziell bei Lupus vulgaris, erzielt werden können. Verfasser fordert, daß in allen entsprechenden Anstalten Vorsorge für Heliotherapie getroffen werde.

R. Frühwald-Leipzig.

Über die Erfolge der Heliotherapie im Hochgebirge bei Tuberkulosen der Hand, von Alfred Hüssy. (Beitr. klin. Chir., Bd. 91, H. 3.) Verfasser, ursprünglich ein Anhänger der radikalen Richtung bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose, ist in Leysin bei Rollier ein Bewunderer der Heliotherapie geworden. In der vorliegenden ausführlichen Arbeit bespricht er die Höhensonnenbehandlung der Handtuberkulose, die im allgemeinen als prognostisch ungünstig gilt. An der Hand eines allerdings noch nicht sehr großen Materials führt er in Krankengeschichten und Bildern seine Erfolge vor. Es ist gelungen, bei den meisten Patienten nicht nur die Handtuberkulose, sondern auch eventuelle komplizierende tuberkulöse Herde (Drüsen) zur Ausheilung zu bringen, das Allgemeinbefinden zu heben. Diese Erfolge mögen ein Ansporn für immer weiter ausgedehnte Anwendung der Heliotherapie sein. Allerdings muß diese bei chirurgischer Tuberkulose von orthopädisch Ausgebildeten ausgeführt werden. Es ist nicht notwendig, die Heilstätten in solcher Höhe wie die Rollierschen anzulegen, man kann dies auch tiefer, eventuell auch in der Ebene machen, es muß nur die Sonnenbehandlung konsequent und sachverständig durchgeführt werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Über Blaulichtbehandlung tuberkulöser Hautgeschwüre, von Thedering. (Zschr. f. physik. diät. Ther., 1914, H. 1.) Verfasser behandelt torpide tuberkulöse Geschwüre mit der Quarzlampe usw. mit Baulicht und Kompression. Die Drucklinse wird fest aufgesetzt und 10—15 Minuten bestrahlt. Nachher Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Nach 8—10 Tagen, sobald die entzündliche Reaktion annähernd abgelaufen ist, neuerliche Belichtung. Sobald das Geschwür gereinigt ist, wird Argentumsalbe aufgelegt. Unter dieser Behandlung verliert das Geschwür den torpiden Charakter und pflegt rasch abzuheilen. R. Frühwald-Leipzig.

Einige Modifikationen der Technik der Photo-Radiotherapie des Lupus, von E. Milani-Rom. (La Radiologia m., 1914, Nr. 9.) Die Läsionen werden zuerst mit Radium oder mit Röntgenstrahlen und sofort danach mit der Kromayerschen

Digitized by Google

Lampe (ohne Filter) behandelt. Es tritt gewöhnlich eine schmerzhafte Reaktion ein. Die Läsionen werden während der ersten Tage mit feuchten (mit physiologischer Kochsalzlösung durchtränkten) Umschlägen behandelt; zu gleicher Zeit wird Patient mit dem Hochfrequenzstrom behandelt, der eine Dekongestion erleichtert und eine Vernarbung befördert. Verfasser behandelte nach dieser Methode mehrere Fälle und erzielte sehr befriedigende Resultate. K. Rühl-Turin.

Über die Photo- und Radiotherapie des Lupus, von E. Milani-Rom. (La Radiologia m., 1914, Nr. 9.) Verfasser hat bei dem Lupus vulgaris gute Resultate mit der kombinierten Therapie: Röntgen- resp. Radiumbehandlung + Lichtbehandlung erhalten. Die Lichtbehandlung (mit der Kromayerschen Quecksilberlampe) folgte unmittelbar auf die Röntgen- resp. Radiumbehandlung; jede Sitzung dauerte fünf Minuten; die Haut wurde ischämisiert; das Licht wurde nicht filtriert. Auf die Lichtbehandlung ließ Verfasser während der ersten Tage eine Behandlung mit Hochfrequenzströmen folgen. K. Rühl-Turin.

Herdförmiger Lupus tuberculosus exedens non ulcerosus der rechten Wange; rasche Heilung durch Finsen-Therapie, von Juan de Azúa. (Rev. clin. Madrid, 1915, Nr. 3.) Der Lupus wurde in 13 Sitzungen zu 45—60 Minuten geheilt.

R. Frühwald-Leipzig.

Tuberkelbazillen-Partialantigene bei Lupus, von Alfred Adam Haulburg. (Beitr. z. Klin. d. Tbc., 1914, Bd. 31, H. 2.) Die Verwendung von Partialantigenen, d. h. Teilkörpern organischer antigener Substanzen, bei der Immunitätsanalyse ist eine von Much begründete neue Arbeitsmethode. In seiner Arbeit teilt der Verfasser seine Beobachtungen mit Tuberkelbazillen-P. A. (Milchsäureaufschließung nach Deycke-Much) an Lupösen mit. Die Prüfung auf zelluläre Immunität geschah mittels Intrakutanimpfung, die der humoralen Antikörper mit Komplementbindung gegen P. A. Das Charakteristische der lupösen Erkrankung ist die Steigerung der Empfindlichkeit gegen die Fettbestandteile des Tuberkelbazillus. Im Gegensatz zu der bei Lungenschwindsucht sich äußernden Fettreaktion sieht man bei Lupus deutliche Reaktionen für Fettsäure-Lipoidgemisch noch bei Verdünnungen von 1 : 1 Million, für Nastin, Neutralfett bei 1 : 1—10 Millionen. Gegenüber der zunächst anämischen, dann langsam sich rötenden Fettimpfstelle bei Phthisikern reagiert der Lupöse mit einer geröteten, ödematösen Infiltration, die anfangs der beginnenden Albuminreaktion ähnlich ist, sich aber im weiteren Verlaufe durch ihr ausgedehnt bleibendes Erythem unterscheidet. Infolge dauernden Zerfalles der Fettsubstanz des Bazillus, der den Organismus mit Fettsäuren anreichert, gerät der Lupöse in den Zustand der Fettüberempfindlichkeit. Unter Einfluß von Licht und Luft zerfallen Fette sehr leicht, und den dabei auftretenden Fettsäuren muß eine irritative Hauptrolle zugeschrieben werden. Es ließ sich bisher feststellen, daß nach relativ kurzer Zeit unter Einwirkung sehr kleiner Dosen von P. A. ein auffallendes Abblassen und Abschwellen im Lupusgebiet auftrat. W. Chrzelitzer-Posen.

Die modernen Methoden der Lupusbehandlung, von Artur Alexander-Charlottenburg. (B. kl. W., 1914, Nr. 42.) Nach einem einleitenden Überblick über die sozialen Bestrebungen zur Unterstützung der Lupuspatienten bespricht Verfasser zunächst das vor allem von Lang, aber auch von anderer Seite befürwortete Exzisionsverfahren. Bezüglich des Tuberkulins präzisiert sich Verfasser dahin, daß es nicht berufen sein dürfte, eine irgendwie erhebliche Rolle in der Lupustherapie zu spielen. Aussichtsreicher erscheinen ihm die chemotherapeutischen Methoden. Dazu gehört die Verwendung des Kupfers sowohl in örtlicher wie in allgemeiner Therapie. Vorsicht bei der Auswahl der zu injizierenden Fälle und in der Dosierung scheint am Platze zu sein bei dem lediglich von der Blutbahn aus anwendbaren Aurum-Kalium cyanatum.

Digitized by Google

Über die Anwendung des Radiums und seiner Derivate bei Lupus existieren noch wenig Erfahrungen. Ob die Quarzlampe der FINSEN-Lampe gleichwertig sei, darüber sind die Ansichten noch geteilt. Das Diathermieverfahren mittels der FORESTschen Nadel eignet sich mehr für den Lupus des Stammes und der Extremitäten, d. h. für die Teile, bei denen es auf kosmetisches Vorgehen nicht so sehr ankommt. Zum Schluß wird in bezug auf die Prophylaxe des Lupus, insbesondere für die Verhinderung der Zerstörung der äußeren Nase, hingewiesen auf die Häufigkeit der Beteiligung der Nasenschleimhaut, insonderheit darauf, daß Lupus meist seinen Ursprung von der Nasenschleimhaut nimmt und erst nach mehr oder weniger langem Bestehen der Schleimhauterkrankung die Affektion an der äußeren Nase klinisch in Erscheinung tritt. E. Klemm-Leipzig.

Eine neue Behandlungsmethode für Lupus vulgaris, von M. L. HEIDINGSFELD-Cincinnati. (J. Am. m. Assoc., 17. Oktober 1914.) Die auch sonst für dermatologische Zwecke, wenn auch nicht sehr ausgiebig, verwendete Trichloressigsäure liefert nach H.s nunmehr mehrjährigen Erfahrungen ganz ausgezeichnete Resultate bei Lupus vulgaris. Man stellt sich eine gesättigte Lösung durch Zusatz von zehn Tropfen H_2O zu 30,0 der reinen Kristalle her und trägt sie mit einem watteumwickelten hölzernen Zahnstocher an den einzelnen Lupusknötchen auf. Gelegentlich wird es nötig, die Aufpinselung etwas diffuser zu gestalten, doch soll das bearbeitete Gebiet nie größer als ein Markstück sein. Zur Beseitigung des Brennens und als kosmetische Einhüllung dient die folgende Mischung: R. Kal. subsulf., Zinc. sulfuric. āā 1,0, Zinc. oxydat. 10,0, Aq. calcis 15,0, Aq. dest. ad 40,0, Adde Carmin. pulv. q. s. Die günstige Beeinflussung des pathologischen Prozesses ist dabei gewöhnlich schon nach wenigen Wochen zu bemerken, und Heilung war binnen 6—12 Monaten die Regel. Einige Fälle sind seit zwei Jahren völlig rezidivfrei geblieben. A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Behandlung des Lupus mit dem FRIEDMANNschen Mittel, von STARKE. (B. kl. W., 1914, Nr. 33.) Verfasser hat sieben Lupuspatienten mit dem FRIEDMANNschen Mittel behandelt mit dem Ergebnis, daß unangenehme Nebenwirkungen, die zu einer Schädigung der Patienten hätten führen können, nicht zu beobachten waren, daß aber auch in keiner Weise ein Vorteil in diesem Mittel erkannt werden konnte und daß eine wirklich fortschreitende Heilung, selbst eine deutliche Besserung auch nach mehreren Monaten in keinem Falle zu konstatieren war. E. Klemm-Leipzig.

Zwei Fälle von Lupus bei Kindern, von H. W. BARBER. (Brit. m. J., 17. April 1915.) Beide Fälle zeigten sehr ausgedehnte Lupusulzerationen im Gesicht. Nachdem anfänglich vergebens eine Röntgenbehandlung verwendet worden war, wurde UNNAS Unguentum viride (Acid. salicyl., Stibii chlorat. āā 2,0, Creosot., Extract. cannab. ind. āā 4,0, Adip. lanae 8,0) mit sehr gutem Resultat versucht. Die Heilung wurde schließlich mit der PFANNENSTIELschen Behandlung (interner Joddarreichung, lokalen Umschlägen mit H_2O_2) nebst Pinselungen mit Trichloressigsäure erreicht. H. Boas-Kopenhagen.

Über intravenöse Behandlung des Lupus mit Kupfersalvarsan, von J. FABRY-Dortmund. (M. m. W., 1915, Nr. 5.) Die von einigen Verfassern verfochtene Bedeutung der Kupfersalze bei der chemotherapeutischen Behandlung der Tuberkulose und speziell des Lupus erklärt F. auf Grund seiner Versuche mit der intravenösen Injektion von Kupfersalvarsan bei sechs Lupuskranken für illusorisch. Das von EHRLICH zunächst für die Luesbehandlung dargestellte Kupfersalvarsan besteht aus Altsalvarsan, Neosalvarsan, Arsen und zu 11,6% aus Kupfer. Während die vom Verfasser bei Syphilis damit erzielten Resultate sehr befriedigend waren, zeigten sich die lupösen Läsionen durchaus refraktär gegen das Mittel, wenn auch nachteilige Wirkungen nicht zu beklagen waren. Wenn also mit Kupfersalben bei Lupus auch günstige Resultate

Digitized by Google

erzielt werden mögen, so beweist dies nicht eine spezifisch chemotherapeutische Einwirkung auf das Krankheitsvirus. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein mit Ulsanin (Hydrojodoborat) geheilter Fall von Gesichts- und Nasenlupus, von O. Leonhard. (W. m. W., 1914, Nr. 26.) Das Präparat ist ein Pulver, welches nach dem Aufstreuen Jod und Sauerstoff durch Zersetzung abgibt. Die Patientin, bei welcher das Präparat angewendet wurde, litt an einem ulzerierenden Lupus. Die Anwendung des Präparates, welches mit der Entwicklung von Joddämpfen einhergeht, führt zu dunkelbrauner Jodierung und nachfolgender Abschälung. Bei gleichzeitiger Anwendung des Galvanokauters zur Beseitigung immer wieder hervortretender miliarer Knötchen trat in zwei Monaten vollkommenes Verschwinden der Krankheit ein. Das Präparat liefert die Engel-Apotheke in Budapest. H. Vörner-Leipzig.

Ein Fall von Erythema induratum mit sehr großer Überempfindlichkeit der Haut gegen Tuberkulin, von Karl Frumerie. (Hygiea, 1915, Bd. 77, H. 8.) Der Fall betrifft ein 18jähriges Weib mit tuberkulösen Lymphomen am Halse und einer seit November 1912 während der kälteren Jahreszeit sich verschlimmernden Hautkrankheit an den unteren Hälften beider Unterschenkel, hauptsächlich an den Außenseiten der Waden. Sowohl nach intrakutaner Injektion an frischen Hautstellen von $^1/_{10}$ mg als auch $^1/_{100}$ mg Alttuberkulin trat an der Injektionsstelle eine außerordentlich kräftige Hautreaktion mit hämorrhagischer Blasenbildung und Ulzeration hervor (Planche). Diese Verhältnisse deuteten auf die Möglichkeit hin, daß sowohl das Erythema induratum als die enorm kräftige Tuberkulinreaktion von einer allgemeinen Hautüberempfindlichkeit der Patientin gegen das Tuberkeltoxin abhängen, und daß man für die Entstehung ihres Erythema induratum in den tuberkulösen Halslymphomen das ätiologische Moment zu suchen hat. (Autoreferat.) W. Holland-Kristiania.

c. Syphilis.

Über den heutigen Stand der geschichtlichen Syphilisforschung, von Hermann Schöppler. (Ärztl. Rdsch., 1914, Nr. 7.) Der Artikel führt die wichtigsten literarischen Ergebnisse namentlich der letzten Zeit (v. Notthafft und Sudhoff) an.

H. Vörner-Leipzig.

Warum müssen wir immer an Syphilis denken? von R. Spillmann. (M. Press a. Circ., 22. Juli 1914.) Sp. berichtet über einige Fälle aus seiner Praxis, die auf Syphilis zurückzuführen waren und durch spezifische Kuren geheilt wurden, obgleich sie andere Krankheiten vortäuschten. So führt er Fälle von anscheinender Lungentuberkulose an, ferner Aortitis, Anämie, Hämatemesis, Lebertumoren, traumatische Exostosen und Gelenkaffektionen, Schleimhautaffektionen, Pharynxlupus, Neuritis, Hydrozephalus (hereditär-syphilitisch), anscheinende Gehirntuberkulose, — die alle durch Quecksilber und Jod geheilt wurden. Ferner sind nach Verfassers Ansicht 91% der allgemeinen Paralysen syphilitischer Provenienz und 1 von 4 Fällen nur durch spezifische Behandlung gebessert, und daß bei den anderen die Remissionsperiode verlängert wird. Bei der lokomotorischen Ataxie sind die Resultate der spezifischen Behandlung besser, nämlich 21% Heilung, 25% verlängerte Remissionen, 5% Remissionen als Rückfall, da mit der Behandlung zu frühzeitig aufgehört wurde, 11% bemerkenswerte Verlangsamung des Krankheitsverlaufs und 42% Besserung der Symptome. Man tut daher gut, bei sehr vielen Krankheiten nachzuforschen, ob sie nicht doch auf syphilitischer Basis beruhen und sollte immer bei der Diagnose an Syphilis denken.

F. John-Leipzig.

Syphilis bei den amerikanischen Negern, von H. H. Hazen-Washington. (J. Am. m. Assoc., 1. Aug. 1914.) H. hat die syphilitischen Erkrankungen der ärmeren Neger-

Digitized by Google

klassen Washingtons studiert und fand unter 2000 Hautkranken 440 Fälle von Syphilis. Aus verschiedenen Statistiken geht hervor, daß bei den Negern ungefähr $1^1/_2$mal so viel Fälle von Syphilis vorkommen als bei den Weißen. Eine ernste Tatsache ist es, daß bei den Negern eine ziemliche Anzahl von Schulkindern an Syphilis erkranken. Unter 440 Syphilisfällen fand H. neun Fälle von akquirierter Syphilis bei Schulkindern, eins war 19 Jahre alt, alle übrigen unter 15 Jahren. Auch bei weißen Schulkindern kommt Syphilis vor, aber in erheblich geringerer Anzahl. Aneurysmen und Aorteninsuffizienz als Folge der Syphilis kommen bei Negern häufiger vor als bei Weißen. Das Vorkommen der Parese ist bei beiden Rassen ziemlich gleich, während Tabes bei den Weißen häufiger vorkommt; andere Typen nervöser Syphilis sind weit häufiger bei den Negern. Extragenitale Schanker sind bei den Negern sehr selten. Bei den Vollblutnegern und Mulatten kamen häufiger papulöse und makulöse Syphilide vor, häufiger Kondylome als bei den Weißen, tertiäre Symptome und Gummata ebenso; Knotensyphilide sind selten, typische Palmarsyphilide sind eine Seltenheit. Plaques muqueuses kamen häufiger bei den Negern vor, und die Drüsenerkrankungen sind hartnäckiger. Verfasser spricht dann noch über Prophylaxis und empfiehlt besonders die Hospitalbehandlung der Neger. F. John-Leipzig.

Syphilis in China Mitteilung über einige ungewöhnliche syphilitische Läsionen, von A. C. Reed-Changsha, China. (J. Am. m. Assoc., 24. April 1915.) Kurzer Bericht über drei Fälle unter Beigabe von Abbildungen von syphilitischer Onychie, syphilitischer Keratose im Verein mit papulopustulösen Läsionen an den Fußsohlen und von syphilitischen Tuberkeln im Gesicht. Verfasser bemerkt, daß im allgemeinen in China tertiäre und sogenannte parasyphilitische Erscheinungen selten angetroffen werden, trotzdem sich die Patienten meist bei Erzielung einer symptomatischen Heilung der weiteren Behandlung entziehen. Nur in den Küstenstädten kommen Fälle von Parasyphilis bei den in anderen Ländern infizierten Chinesen häufiger vor und werden ungefähr in dem gleichen Prozentsatz wie bei den Bewohnern der westlichen Weltteile beobachtet.

A. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über die Häufigkeit der Syphilis, von Le Noir. (Semaine méd., 1914, Nr. 29.) Statistische Angaben. In $^1/_6$ der Fälle wurde Syphilis angegeben.

R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die dermatologischen Erfahrungen im Kriege, von Fr. v. Krzysztalowicz und Johann Walkowski-Krakau. (W. m. Wschr., 1915, Nr. 28.) Die Mehrzahl der Hautfälle besteht in pyogenen Erkrankungen. Verfasser ist für Einrichtung von ausgiebiger Wasch- und Badegelegenheit, sowie für einen möglichen Wäschewechsel, der den Truppen in den nächsten Feldspitälern gewährt werden sollte. H. Vörner-Leipzig.

Zirkumskripte Narbenschmerzen bei Durchschüssen von Hand und Fuß. (Hilfsmittel zur Ermöglichung der gewerblichen Arbeit trotz der Schmerzen, von Adolf Deutsch. (W. kl. W., 1915, Nr. 35.) Der Verfasser schützt die betreffenden Stellen durch Aluminiumplättchen, welche so geschnitten sind, daß die Ränder nur die schmerzfreie Umgebung berühren. Die Plättchen werden in einen Lederschutz eingenäht. Für die Fußsohlen eignen sich ausgestanzte Korksohlen.

H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Kosmetische Rücksichten in der operativen Chirurgie, von J. Sternberg-Wien. (W. kl. W., 1915, Nr. 28.) Bei Abszessen und Tumoren soll man versuchen mit den kürzesten Schnitten auszukommen, bei der Schnittführung sind die Spaltlinien und natürlichen Furchen zu berücksichtigen, und schließlich läßt sich auch bei der Naht die Verletzung der Haut vermindern oder vermeiden. H. Vörner-Leipzig.

Zwei vielgebrauchte therapeutische Erfordernisse für den Militärarzt, von Karl Ullmann-Pola. (W. kl. W., 1915, Nr. 24.) 1. Praktisches Suspensorium — gleichzeitig Hodenverband für therapeutische (dermatologisch-chirurgische) und prophylaktische Zwecke. Es werden die Indikationen und Vorzüge desselben hervorgehoben. 2. Das 20%ige graue Öl (Lang-Ullmann) zur Syphilisbehandlung in der Hand des Militärarztes. Nähere Angaben über Eigenschaften, Wirkungsweise, Indikationen, Dosierung, Abgabe, Zusammensetzung und Bedeutung. H. Vörner-Leipzig.

Sexualpädagogik im Frieden und Krankheitsverhütung im Kriege, von Touton-Wiesbaden. (Zschr. f. Sexualwissensch., Bd. 2, H. 3.) Eine Polemik, in der sich Verfasser gegen die ihm von verschiedenen Seiten gemachten Vorwürfe einer laxen Auffassung bezüglich der Zulässigkeit des außerehelichen Geschlechtsverkehrs der Krieger verwahrt. Er ist nur für Beiseitestellung aller langsam wirkenden theoretischen Forderungen, also auch der Sexualpädagogik, will sich vielmehr auf den Boden der realen Tatsachen stellen und fordert, da eben doch nun einmal ein großer Teil der Soldaten nicht abstinent lebt, die obligatorische Einführung von Prophylaktika seitens der Armeeverwaltung, wobei nich außer acht gelassen werden soll, daß es auch bis jetzt absolut sicher wirkende Prophylaktika nicht gibt. E. Klemm-Leipzig.

Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von Hans Lieske-Leipzig. (Zschr. f. Mbeamte., 1915, Nr. 12.) Verfasser unterzieht die Bestrebungen, den Körperverletzungsparagraphen des Strafgesetzbuchs so umzuformen, daß auch gewissenlose Verbreiter geschlechtlicher Erkrankungen zur Verantwortung gezogen werden können, einer kritischen Würdigung. Beifällig zu begrüßen sei der Vorschlag, daß ein Kranker nicht deshalb strafbar sein soll, weil er die Gesundheit einer anderen Person tatsächlich geschädigt hat, sondern weil er mit seiner verbrecherischen Sorglosigkeit die Gefahr der Ansteckung wachrief, und daß ferner die Begriffe von Vorsatz und Fahrlässigkeit hier fallen gelassen und dafür diejenigen Personen unter das Gesetz gestellt werden, die sich „wissentlich" vergehen. Bei Abwägung, wie sich die Verhältnisse dann in Wirklichkeit gestalten werden, führen Verfasser indes verschiedene Faktoren leider zu dem pessimistischen Endergebnis, daß trotz dieser Verbesserungen die Schöpfung einer besonderen, die Ansteckung verpönenden Strafdrohung, laute sie wie sie wolle, überhaupt keinen praktischen Gewinn verspricht.

E. Klemm-Leipzig.

Verschiedenes.

In Charlottenburg soll eine städtische Fürsorgestelle für Geschlechtskranke errichtet werden.

Prof. Dr. Thomas von Marschalkó, Vorstand der dermatologischen Klinik an der Universität Klausenburg (Kolozsvár), ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

6. November 1915 | Nr. 45 | Band 61

Über den Einfluß reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken.

Von

Josef Schumacher, Berlin.

A. Theoretischer Teil.

Unna verdanke ich die Anregung, zu untersuchen, inwieweit es möglich wäre, durch reduzierende Substanzen die Gonokokken ihres Sauerstoffgehaltes zu berauben. Der Grad der Sauerstoffentziehung konnte an dem von Unna geschaffenen RW-Bild leicht kontrolliert werden. Je nach dem vorhandenen Sauerstoffreichtum in den Gonokokken mußten diese sich bei der Behandlung mit RW weniger oder stärker bläuen. Gelang die Sauerstoffentziehung der Gonokokken völlig, konnten diese vollständig „erstickt" werden, so war diese Methode vielleicht therapeutisch zu verwerten. Dies war der Gedankengang Unnas, als er mich veranlaßte, diese Verhältnisse etwas näher zu untersuchen.

Zur Ausführung der Unnaschen RW-Färbung hält man sich 100 g einer ½ %igen wäßrigen Lösung von Methylenblau vorrätig, die man mit ca. 7 Tropfen einer 25 %igen Salzsäure angesäuert hat. 10 ccm dieser Lösung werden vor dem Gebrauch mit 0,3 g Rongalit[1]) gelinde erwärmt, bis eben Entfärbung eintritt. Es resultiert eine nahezu klare Lösung, die man vor jedesmaligem Gebrauch filtrieren muß. Die so erhaltene Lösung hält sich mehrere Tage. Mit dieser Lösung färbt man die Gonorrhoepräparate zwei Minuten lang und spült mit abgekochtem Wasser darauf gründlich ab. Alsdann läßt man das Präparat lufttrocken werden und betrachtet es erst dann. Man muß unbedingt ca. 5 Minuten lang warten, bis das Bild voll entwickelt ist, da diese Zeit erforderlich ist, damit der Sauerstoff das Leukomethylenblau bläuen kann. In einem solchen Präparat findet man alsdann das Protoplasma der Leukozyten schwach blau gefärbt, etwas dunkler blau die sauerstoffreicheren Kerne. Die Gonokokken färben sich durch ihren enorm großen Sauerstoffgehalt intensiv dunkelblau, so daß sie sich prächtig von den Leukozyten abheben. Man findet daher mit der RW-Färbung manchmal noch

[1]) Badische Anilin- und Sodafabrik, oder das gleichwertige „Heraldit" von Casella.

Digitized by Google

Zeit der Einwirkung der Reduktionsmittel.

+++ bedeutet normales RW-Bild,
++ „ abgeblaßtes RW-Bild,
+ „ sehr blasses RW-Bild,
+! „ besonders starke Beeinflussung der Gonokokken.

	5 Minuten		15 Minuten		30 Minuten		60 Minuten	
	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken
Resorzin 1% . . .	+++	+++	+++	+++	+++	++		
Brenzkatechin 1% .	+++	+++	++	+++	++	++		
Pyrogallol 1% . .	++	++	++	+++	++	+!	+	+!
Resorzin 1% . . . (schwach alkalisch)	++	++	++	+	+	+		
Brenzkatechin 1% . (schwach alkalisch)	++	++	++	++	+	+		
Pyrogallol 1% . . (schwach alkalisch)	++	++	+	+!	+	+!		
Resorzin 3% . . .	+++	+++	++	+++	++	+		
Brenzkatechin 3% .	+++	+++	++	+++	+++	++		
Pyrogallol 3% . .	++	++	+	++!	+	+!		
Resorzin 3% . . . (schwach alkalisch)			+	+	+	+		
Brenzkatechin 3% . (schwach alkalisch)			+	+	+	+		
Pyrogallol 3% . . (schwach alkalisch)	++	++	+	+!	+	+!		
Resorzin 5% . . .	+++	+++	++	++	++	+		
Brenzkatechin 5% .	++	++	+	++	+	++		
Pyrogallol 5% . .	++	++	+	+!	+	+!		
Resorzin 5% . . . (schwach alkalisch)			+	+	+	+		
Brenzkatechin 5% . (schwach alkalisch)			+	+	+	+!		
Pyrogallol 5% . . (schwach alkalisch)			+	+!	+	+!		
p-Aminophenol gesättigt ca. ½—1%			+++	+++	++	++	+	+
p-Aminophenol + 5 Tr. HCl auf 100 ccm der vorigen Lösung			+	+	+	+	+	+
p-Aminophenol + 3 Tr. KOH 15% auf 100 ccm			++	+	+	+	−	−

Digitized by Google

Lesezeichen

Hugo Münsterberg
for a.d. Harvard University Cambridge

Amerika
und der Weltkrieg
Amerikan. Kriegstagebuch

1915. Leicht. Kart. M. 2.40, geb. M. 3.

Kölnische Zeitung: Das Werk umfaßt in der Zeit vom Kriegsbeginn bis zum 4. März 1915 geschriebene Aufsätze, in denen Prof. Münsterberg die deutsche Sache in Amerika vertrat. Die fesselnde persönliche Eigenart dieser von reichem philosophischem und ethischem Gehalt getragenen Stimmungsbilder und Betrachtungen hat ihnen in Amerika eine ungeahnt weite Verbreitung verschafft, und eine deutsche Ausgabe, die den Genuß des Buches jedem bei uns zugänglich macht, muß gerade im gegenwärtigen Zeitpunkt willkommen geheißen werden. Im Vorwort betont Prof. Münsterberg, daß der amerikanischen Waffenausfuhr zu unseren Ungunsten nicht die Gewinnsucht allein zugrunde liegt. „In Wahrheit hatte man neue Wege gefunden, sie zu unterdrücken, denn nicht die überwältigende Mehrheit der Amerikaner die Waffenausfuhr verlangte, hätte, um Deutschland zu bekämpfen, war lediglich eines der vielen Symptome jener sinnlosen Wut, in welche die amerikanische Bevölkerung sich gegen Volk und Reich hineingearbeitet hatte.“ Es war deshalb kein leichter Kampf, den deutsch-Amerikaner für ihre deutschen Stammesbrüder aufzunehmen hatten.

Verlag von
Johann Ambrosius Barth
in Leipzig.

Digitized by Google

Lesezeiche

Psychologie u
Wirtschaftsleb

Ein
Beitrag zur angewand
Experimental-Psychol
von
Dr. hugo Münsterbe
Professor an der Harvard Univ
Cambridge
Zweite Auflage
VIII, 192 Seiten. 1913.
Preis M. 2.80, geb. M. 3

Die Neue Rundschau: Das
Buch von H. Münsterberg,
chologie und Wirtschaftsle
ist für den Fachmann „ein B
zur angewandten Experim
Psychologie", für den Deu
wieder eine ungemeine
gung, über die USA nachs
ken und für ein breites
kum der erste laute Trom
stoß einer Symphonie von
und Seelenkunde, aus der
nur abgerissene leise Klä
dem europäischen Wirtsch
drangen.
Weltwirtschaftliches A
Münsterberg gibt in seinem
eine Fülle zum Teil metho
höchst scharfsinniger Bei
wie durch „Psychotechnik
Produktivität und priva
schaftliche Rentabilität eine
ternehmens erstaunlich gest
werden kann ... für den
nalisierungsprozeß der e
isch-amerikanischen Zivilis
aber bildet das energisch ge
bene Buch als Theorie u
faktum einen fesselnden Be

Verlag von
Johann Ambrosius B
in Leipzig

Digitized by Google

	5 Minuten		15 Minuten		30 Minuten		60 Minuten	
	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken
Pyrogallolkarbonsäure 1%			++	++	++	+!		
„ 3%			++	+!	++	+!		
„ 5%			++	+!	++	+!		
Salvarsannatrium 1%	++	+!	+	+!				
„ 3%	++	+!	+	+!				
Kolloidaler Schwefel 2%	+++	+++	+	+++	+	+++		
„ „ 5%	++	+++	+	+++	+	++		
„ „ 10%	+	+++	+	+++	+	++		
Schweflige Säure	+++	+++	+++	+++			++	++
Natriumsulfit 1%			+++	+++	++	++		
„ 3%			+++	+++	++	++		
„ 5%			—	+++	—	++		
Natriumbisulfit 1%			+	+++	—	+++		
„ 3%			+	+++	—	+++		
Eikonogen 1%			+++	+++	++	+++		
„ 3%			+	++!	—	++!		
Ferrosulfat 1%					+++	+++		
„ 3%					++	+++		
„ 4%					—	+++		

	5 Minuten		15 Minuten		30 Minuten	
	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken	Leukozytenkerne	Gonokokken
Rongalit 1%	+++	+++	++	+++	++	+++
„ 3%	++	+++	++	+++	++	++
„ 5%	++	+++	++	+++	+	++
Oxalsäure 1%	+++	+++	+++	+++	+++	+++
„ 3%	+++	+++	+++	+++	++	+++
„ 5%	+++	+++	+++	+++	++	+++
Phenylhydrazin 1%	+++	+++	—	++	—	++
„ 3%	++	+++	—	++	—	+
„ 5%	++	+++	—	++	—	+

massenhaft Gonokokken in einem Gonorrhoe-Eiterpräparat, wo man solche mit der gewöhnlichen Methylenblaufärbung nicht mehr finden konnte[1]).

In das Reich unserer Betrachtungen zog ich zunächst die Oxybenzole, das Resorzin, Hydrochinon, Brenzkatechin und das Pyrogallol.

[1]) Zur Untersuchung wenig Gonokokken enthaltender oder auf solche suspekter Sekrete verdient das RW-Bild mehr als bisher seiner großen Kontraste wegen herangezogen zu werden.

Digitized by Google

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Resorzin.

Wurde ein nicht fixierter, lufttrocken gewordener Gonorrhoe-Eiterausstrich fünf Minuten lang in eine 1%ige Resorzinlösung gestellt und nach dem Abspülen mit Wasser zwei Minuten lang mit RW gefärbt, so war gegenüber einem unbehandelten Kontrollpräparat ein Unterschied in der Färbung nicht zu konstatieren. Auch eine entsprechende Vorbehandlung mit 3- und 5%iger Resorzinlösung ändert an dem Bild nur wenig. Die Gonokokken waren auch in dem mit 5%iger Resorzinlösung vorbehandelten Präparat noch stark gebläut und hoben sich gut von den Leukozyten ab. Gegenüber dem unbehandelten Kontrollpräparat ist eine nur ganz unwesentliche Abschwächung des blauen Tones des RW-Bildes eingetreten, die aber alle Elemente gleichmäßig trifft und die mit steigender Konzentration der Resorzinlösung zunimmt. Auch eine 15 Minuten lange Einwirkung der 1- und 3%igen Resorzinlösung änderte nichts Wesentliches an dem Bild. Die Gonokokken sind auch hier noch tiefblau gefärbt. Erst wenn die 5%ige Lösung 15 Minuten einwirkte, blaßte das Bild erkennbar ab, die Leukozytenkerne sind blasser geworden und auch die Gonokokken in entsprechendem Grade. Wirkte das Resorzin 30 Minuten lang ein, so war auch jetzt das Bild in dem mit 1%iger Lösung vorbehandelten Präparat noch wenig verändert, in dem mit einer 3- und 5%igen Lösung vorbehandelten Präparat jedoch waren die Leukozyten deutlich abgeblaßt und die Gonokokken auch nur schwer zu erkennen, wegen ihrer jetzt nur mehr blaßblauen Färbung. An einigen wenigen Stellen jedoch waren sie noch dunkler blau gefärbt als die Leukozytenkerne. Auch Unna fand stets die Leukozytenkerne rascher und stärker entfärbt durch neutrale Lösungen von Resorzin als die Gonokokken.

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, wirkt die auf 100 ccm mit 3 Tropfen 15%iger Kalilauge alkalisch gemachte Resorzinlösung bedeutend stärker ein. Schon die Einwirkung von einer 1%igen alkalisierten Lösung auf die Dauer von 5 Minuten läßt das RW-Bild abblassen, die 3- und 5%ige Lösung läßt bei einer Einwirkungszeit von 15 Minuten die Leukozyten und Gonokokken sich eben noch schwachblau färben. Wird die Einwirkungszeit der alkalisierten Lösung auf 30 Minuten erhöht, so tritt eine noch stärkere Abschwächung des blauen Farbtones ein, ohne daß dieser aber völlig verschwindet. Die Gonokokken sind aber nicht mehr stärker gebläut als die Leukozytenkerne, sondern erscheinen in demselben Blau und sind daher schwerer aufzufinden, wenn eine 3- oder 5%ige alkalisierte Resorzinlösung ½ Stunde lang einwirkte. Es scheint daher, als ob durch alkalisierte Resorzinlösungen die Gonokokken etwas intensiver angegriffen werden als die Leukozytenkerne. Nach Unna und

Digitized by Google

Golodetz sind aber alkalische Lösungen nicht ohne Einfluß auf das RW-Bild.

Das Resorzin ist also imstande, den Gonokokken bei längerer Einwirkung den größten Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Hydrochinon und Brenzkatechin.

Wurden die Versuche mit Hydrochinon angestellt, so ergaben sich die analogen Verhältnisse wie bei dem Resorzin. Dagegen beeinflußte Brenzkatechin das RW-Bild stärker als die genannten beiden Oxybenzole. Wirkte eine 1 % ige Brenzkatechinlösung 15 Minuten lang ein, so sind die Kerne der Leukozyten etwas abgeblaßt, die Gonokokken heben sich aber noch durch ihre intensiv blaue Farbe hervor. Die 3 % ige Lösung wirkt in derselben Zeit auch nicht wesentlicher ein. Bei dem mit 5 % iger Lösung 15 Minuten lang vorbehandelten Präparat sind jedoch die Leukozytenkerne weiterhin abgeblaßt, so daß sie sich gerade noch von dem Protoplasma abheben, aber auch hier sind die Gonokokken infolge ihrer intensiv blauen Farbe noch leicht aufzufinden. Wirkten die Reagentien $^1/_2$ Stunde lang ein, so war eine wesentlich stärkere Abnahme der Farbe nicht zu konstatieren. Die Kerne der Leukozyten und die Gonokokken waren in allen Präparaten noch erkennbar, wenn die Intensität der angenommenen Farbe auch wesentlich abgenommen hatte.

Behandelte man die Präparate mit 1 % iger alkalisierter Brenzkatechinlösung 15 Minuten lang vor (5 Tropfen 15 % iges KOH auf 100 ccm Lösung), so waren die Leukozytenkerne noch gut gefärbt und die Gonokokken tiefer blau tingiert als erstere. Bei der 3- und 5 % igen alkalisierten Lösung waren alle Elemente etwas blasser gefärbt, aber der Unterschied zwischen Leukozytenkernen und Gonokokken blieb derselbe. Wirkte die alkalisierte 3- und 5 % ige Lösung aber 30 Minuten ein, so waren die Gonokokken in demselben Ton gefärbt als die Leukozytenkerne, hatten also relativ mehr ihres Sauerstoffgehaltes eingebüßt als die Leukozytenkerne.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Pyrogallol.

Dieses Präparat besitzt einen noch stärkeren Einfluß auf das RW-Bild, nur das Brenzkatechin kommt ihm annähernd in der Wirkung gleich. Aber auch eine 1 % ige Pyrogallollösung vermag selbst bei einer Einwirkungszeit von 1 Stunde das RW-Bild nicht völlig zum Verschwinden zu bringen. Behandelt man einen Gonorrhoeeiterausstrich 15 Minuten lang mit einer 1 % igen Pyrogallollösung vor, so sind die Kerne der Leukozyten bei nachfolgender RW-Färbung nur mehr blaß tingiert, die

Digitized by Google

Gonokokken aber noch stark blau gefärbt. Bei dem entsprechend mit der 3 %igen Lösung vorbehandelten Präparat sind die Leukozytenkerne ebenfalls blaß, die Gonokokken haben aber sehr viel mehr von ihrem Färbungsvermögen eingebüßt und sind nur weniger intensiv blau gefärbt als die Leukozytenkerne. Wurde das Präparat mit einer 5 %igen Pyrogallollösung 15 Minuten lang vorbehandelt, so sind die Gonokokken sehr viel schwerer zu erkennen, da sie sich jetzt in demselben blauen Tone färben wie die Leukozytenkerne. Wirkte die 1 %ige Lösung aber 30 Minuten vorher ein, so sind die Leukozytenkerne noch sehr schön blau tingiert, die Gonokokken aber sogar etwas weniger intensiv gefärbt. Bei dem entsprechend mit einer 3 %igen Pyrogallollösung vorbehandelten Präparat sind die Unterschiede der Leukozytenkern- und Gonokokkenfärbung dieselben, aber alle Elemente erscheinen mehr abgeblaßt. Nicht wesentlich hierin verschieden ist das mit einer 5 %igen Lösung 30 Minuten lang vorbehandelte Präparat.

Behandelt man aber mit alkalisierten Lösungen (5 Tropfen 15 %ige NaOH auf 100 ccm Pyrogallollösung), so ist der Einfluß des Pyrogallols ein wesentlich intensiverer. Ein so 15 Minuten lang mit 1 %iger alkalisierter Pyrogallollösung vorbehandeltes Präparat bietet folgendes Bild. Das Protoplasma der Leukozyten ist überhaupt nicht mehr gefärbt, lediglich die Kerne heben sich als blaßblaue Gebilde hervor, die Gonokokken sind aber sehr schwer auffindbar, da sie sich erheblich weniger intensiv gefärbt haben als die Leukozytenkerne. Noch schwerer auffindbar sind die Gonokokken in einem mit 3 %iger und 5 %iger alkalischer Pyrogallollösung 15 Minuten lang vorbehandelten Präparat.

Wirkten die alkalisierten Lösungen 30 Minuten lang ein, so war bei der 1 %igen Lösung kein wesentlicher Unterschied zu konstatieren, bei den mit 3- und 5 %iger Lösung vorbehandelten Präparaten jedoch waren die Gonokokken nur mehr sehr schwierig wahrnehmbar. Sie sind bedeutend blasser als die Leukozytenkerne und eben bei sorgfältigem Suchen noch wahrnehmbar. (Schluß folgt.)

(Aus der Akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.)

Zur Technik der Neosalvarsananwendung.

Von

Prof. Dr. Carl Stern, Direktor der Klinik.

In Nr. 39 d. W. empfiehlt J. Schumacher eine seiner Ansicht nach „einfache Methode“ der Salvarsananwendung. Schumacher verzichtet auf das Abkochen des zur Injektion erforderlichen Wassers und glaubt die

Digitized by Google

Sterilisation desselben durch chemische Vorgänge ersetzen zu können. Als Hauptgrund für seine Vorschläge führt der Autor an, er wünsche „die Zeit abzukürzen, die nötig ist zur sicheren Sterilisation des Wassers und zur nachherigen Abkühlung desselben". Bei aller Anerkennung der mannigfachen Anregungen, die auch die Dermatologie durch Vorschläge des Verfassers erhalten hat, möchte ich doch nicht empfehlen, diese Vorschläge des Autors in die Praxis umzusetzen. Ich unterlasse es selbstverständlich, die theoretische Voraussetzung des Vorschlages zu erörtern, da ich nicht Chemiker genug bin, um die Reaktionen beurteilen zu können. Dagegen muß ich vom Standpunkt des Praktikers doch darauf hinweisen, daß sich gegen die Ansichten Schumachers vieles einwenden läßt. Ob es so ganz gleichgültig ist, an dem Salvarsan bzw. Neosalvarsan derartige chemische Prozeduren vorzunehmen, wie Schumacher vorschlägt, mag dahingestellt bleiben, jedenfalls wissen wir aus der tausendfachen Anwendung des Salvarsans, wie außerordentlich leicht zersetzlich die frisch bereiteten Lösungen sind, so daß wir peinlichst darauf achten, die Lösung streng unter Luftabschluß zu halten und die Zeit von der Bereitung derselben bis zur Anwendung auf das Mindeste zu beschränken. Ob es daher so gleichgültig ist, wie Schumacher meint, dem Salvarsan die von ihm angegebenen Chemikalien zuzusetzen, ist doch zum mindesten zweifelhaft. Es liegt aber meines Erachtens nicht der mindeste Grund vor, von der bisherigen Praxis des Aufkochens des Wassers abzugehen. So Hals über Kopf kommt niemals eine Salvarsaninjektion, daß wir nicht Zeit hätten, das Wasser eben fünf Minuten aufzukochen. Wer gar so eilig ist, kann sich durch eine Vereinfachung, wie sie seit Jahr und Tag in meiner Klinik in Gebrauch ist, die Zeit abkürzen. Handelt es sich um eine einzelne Injektion, so wird das dafür erforderliche geringe Quantum Leitungswasser in einem Reagensröhrchen eben aufgekocht. Wir gebrauchen zur Lösung des Neosalvarsans niemals mehr als höchstens 5 g Wasser. Diese Menge reicht völlig aus, um auch eventuell Dosis Nr. 6, die praktisch recht selten in Betracht kommt, in einem Bruchteil der Minute in der Rekordspritze zur Lösung zu bringen und damit für die Injektion fertig zu machen. Ich halte es im Gegensatz zu Schumacher für falsch, das Wasser völlig kalt zu verwenden. Es ist vielmehr notwendig, das Wasser nicht völlig abzukühlen. Einmal löst sich in dem mäßig warmen Wasser das Präparat erheblich leichter, sodann ist es aber für den Patienten wesentlich angenehmer und meiner Erfahrung nach für die Vene besser verträglich, wenn wir die Lösung blutwarm injizieren. Würden wir also nach Schumacher die Sterilisation des Wassers auf chemischem Wege vornehmen, so müßten wir nachträglich die fertige

Digitized by Google

Lösung wieder erwärmen, was weder gleichgültig für die Lösung noch für unsere Zeit ein Gewinn wäre. Wenn SCHUMACHER angibt, man solle nach dem Zusetzen der ersten Lösung (Inhalt der braunen Ampulle) „eine Minute" warten bis zum Zuschütten der zweiten (weißen Ampulle), so wird hierdurch der scheinbare Zeitgewinn schon wieder beseitigt. Wenn wir in meiner Klinik an einem Tage 60—80 Salvarsaninjektionen machen müssen, so spielt ein Zeitverlust von einer Minute für die einzelne Injektion schon eine Rolle. In der von mir angegebenen Anwendungsart mittels Rekordspritze und der Lösung in dieser, haben wir eine so rasch gebrauchsfertige Lösung, daß ein einigermaßen geschickter Assistent Reihen von Injektionen machen kann. Wir legen den Patienten — abgesehen von der ersten Einspritzung — auch nicht mehr auf den Operationstisch, machen vielmehr die intravenösen Injektionen im Stehen. Auch benutzen wir, wenn die Venen gut sichtbar sind, nicht immer einen Schlauch zum Abbinden, lassen vielmehr vom Patienten selbst oder von einem anderen die Vene durch Umspannen des Armes mit der vollen Faust abklemmen, was bei dünnen Armen recht gut geht. Aber auch wenn man bei der Abschnürung mittels Binde bleibt, geht die Injektion sehr rasch vonstatten. Ich lege Gewicht darauf, wenn die Vene gut getroffen, die Injektion sehr rasch erfolgen zu lassen, da ich gefunden habe, daß Reizungen der Venenwand viel seltener vorkommen, wenn man die Flüssigkeit rasch in die Blutbahn bringt. Bei langsamem Injizieren scheint die konzentrierte Salvarsanlösung in einzelnen Fällen selbst bei kurzer Berührung der Venenwand diese schädigen zu können. Darauf ist es wohl zurückzuführen, daß einzelne Autoren angeben, sie hätten bei der Anwendung konzentrierter Lösungen mittels Spritze auch dann Schädigungen der Venenwand beobachtet, wenn die Spritze absolut richtig lag; hier ist wohl recht langsam injiziert worden, was ich zu vermeiden rate. Inwieweit kalte Lösungen der konzentrierten Art die Venenwand stärker reizen als blutwarme, kann ich nach eigenen Erfahrungen nicht sagen, da ich grundsätzlich kalte verwerfe.

Noch auf einen Punkt möchte ich gegenüber der Empfehlung von SCHUMACHER hinweisen. SCHUMACHER gibt an, die „aus Alkohol genommene Spritze" werde mit dem Leitungswasser gefüllt. Es scheint mir daraus hervorzugehen, daß SCHUMACHER auch auf das Auskochen der Utensilien verzichtet. Inwieweit die Spritze durch Alkohol sterilisiert wird, kann ich nicht sagen, ich lasse die Spritzen in der Klinik nach wie vor nach dem Gebrauch auskochen und ebenfalls vor der Anwendung, wenn die Spritzen längere Zeit gelegen haben. Für die Spritze gebe ich aber die Möglichkeit der hinreichenden Sterilisierung mittels

Digitized by Google

Alkohol ohne weiteres zu und halte sie in dringlichen Fällen für völlig ausreichend. Dagegen warne ich davor, die Kanülen durch Alkoholdesinfektion für hinreichend gesichert anzusehen. Gerade in den Kanülen bleiben auch nach Durchspritzen gern Reste des Blutes zurück, die naturgemäß rasch der Zersetzung anheimfallen. Ob es gelingt, diese Reste durch einfaches Einlegen in Alkohol völlig ungefährlich zu machen, möchte ich nachdrücklichst bezweifeln. Man achte nur mal darauf, wie nach Entfernen des Schutzdrahtes beim ersten Durchspritzen der Kanüle sich selbst bei der scheinbar größten Sauberkeit doch oft mißfarben aussehende Rostteilchen entleeren, auf deren Harmlosigkeit ich mich nicht verlassen möchte. Besonders in einem großen Betriebe darf man die Sorgfalt in bezug auf die Kanülen nicht zu gering anschlagen. Ich fordere daher unter allen Umständen das Auskochen der Kanüle. Dieses gestaltet sich ebenfalls mittels eines Reagensröhrchens so einfach, daß wirklich kein Grund vorliegt, von der sicheren Methode des Auskochens zu der doch mindestens nicht in dem Umfang erprobten der Alkoholdesinfektion abzugehen. Jeder Arzt, der sich mit der Behandlung der Syphilis abgibt, muß im Besitze eines Reagensröhrchens und einer Kochgelegenheit sein. Hat er diese nicht, so soll er die Finger davon lassen. Die Technik der Salvarsananwendung ist seit der Anwendung der konzentrierten Lösungen und der Injektion mittels Rekordspritze eine so einfache und die Bereitung von 10 g sterilen Wassers eine so geringe Mühewaltung, daß wirklich kein Bedürfnis vorliegt, die Technik noch weiter zu „vereinfachen“ durch Maßnahmen, die theoretisch richtig sein mögen, praktisch aber keinen Fortschritt, wohl aber einen Rückschritt bedeuten. Ganz sicher ist in diesem Falle das „Bessere“ (wenn es wirklich besser ist) der Feind des Guten, nämlich des durch vieltausendfache Erfahrung Erprobten. Meine Bedenken gegen eine chemische Sterilisation der Kanülen gründen sich nicht nur auf theoretische Erwägungen. In einem meiner Oberleitung unterstellten Lazarett kamen auffallend viele Infiltrate und Eiterungen an den Injektionsstellen nach Salvarsaninjektionen vor. Als ich der Sache nachging, stellte ich fest, daß die Kanülen in Alkohol aufbewahrt wurden. Ich veranlaßte, dieses Verfahren durch das Auskochen zu ersetzen mit dem Erfolg, daß seitdem Störungen nach der Salvarsaninjektion nicht mehr vorkamen. Es mag das ein Zufall sein, jedenfalls aber gibt die Beobachtung zu denken.

Fasse ich meine Vorschläge zusammen, so komme ich zu dem Schluß, daß ich keinen Grund anerkennen kann, der uns veranlassen könnte, von der bewährten Technik der Salvarsaninjektion abzugehen. Das Neosalvarsan ist nach meinen tausendfältigen Erfahrungen dem

Digitized by Google

Altsalvarsan gleichwertig in der Wirksamkeit. Es ist in seiner Anwendung äußerst bequem; in den Mitteldosen, die ich nicht zu überschreiten rate, soweit es sich um die Tagesdosis handelt, ist es ungefährlich; die Zubereitung der Lösung mit abgekochtem Leitungswasser ist überall bequem durchführbar und sicher. Die Anwendung in konzentrierten Lösungen, mittels Spritze injiziert, ist rasch auszuführen, macht keinerlei Beschwerden bei richtiger Technik und eignet sich sowohl für die klinische als auch für die ambulante Behandlung. Es liegt also kein Grund vor, diese Technik zu verlassen.

Bücherbesprechungen.

Die menschliche Haupthaaranlage, weitere Beobachtungen als Nachtrag zu: Das Haupthaar und seine Bildungsstätte, von Gustav Fritsch-Berlin. 20 Abbildungen. (Berlin 1915, Georg Reimer.) In seinem Hauptwerke: Das Haupthaar und seine Bildungsstätte bei den Rassen des Menschen (Verlag von Georg Reimer, Berlin 1912), gibt uns der Verfasser eine Übersicht der merkwürdigsten Formen der Haupthaaranlage und ihrer Entwicklung als Rassenmerkmale. Eine vorteilhafte Ergänzung und Erweiterung bietet uns Friedenthal in seinem anerkannten Spezialwerke „Das Haarkleid der Menschen". In der uns heute vorliegenden Arbeit berichtet Fritsch über die Anlage des Haupthaares der typischen Buschmänner, wobei es der Verfasser als notwendig erachtet, die typische Bildung gegenüber den Mischformen sicherzustellen, um auch dadurch den Einfluß der Rassenvermischung zu erkennen. Die Buschmänner gehören nicht zu den Nigritiern, den schwärzlich pigmentierten Eingeborenen Afrikas, sondern zu den Koi-Koin, welche fahle, rötlich oder gelblich braune Hautfarbe darbieten. Dieser abweichenden Farbe entspricht auch eine abweichende Haartextur von trockenem, chagrinartigem, in den vorgerückten Jahren zur Faltenbildung neigendem Aussehen. Was die Haarbildung anlangt, fällt vor allem die enge spiralige Drehung des einzelnen Haares auf, die Gruppen der benachbarten Haare schieben sich ineinander, und so entstehen Gebilde der Haartracht, welche kurz gehalten rundliche Büschel, bei längerem Wachstum Zotteln bilden. Die Haarfarbe ist schwärzlich, ohne so reiche Pigmentierung wie bei den Negern. Ein weiterer Unterschied fällt auf durch die in den Wurzeln angelegte starke Krümmung, in der Ausbildung der Hautdrüsen und der Arrektores. Auf dem ersten Bilde zeigt sich die starke, regelmäßige Krümmung des einzelnen Haares, das oberhalb der Austrittsstelle beinahe einen Halbkreis bildet. Sehr merkwürdig scheint die überwiegend starke Ausbildung des tieferen Teiles der Wurzeln und der Papillen, wobei der obere Wurzelteil und die freien Haare nicht sehr stark sind, sich hart anfühlen und nicht wollig sind. Ferner macht der Verfasser die Entdeckung, daß in einzelnen Haaren die Papille oberflächlicher gelagert ist als die Konvexität der Wurzel selbst, was der Verfasser als das charakteristische Zeichen eines unvermischten Buschmannes ansieht. Eine weitere Eigentümlichkeit der Buschmänner findet der Forscher in dem frühen und plötzlichen Unkenntlichwerden der Haarwurzelscheide, so daß das Haar in seinem weiteren Verlaufe nur von der Balgscheide umfaßt erscheint und einen geringeren Durchmesser darbietet. Trotz der trockenen pergamentartigen Busch-

Digitized by Google

mannhaut fällt die starke und kräftige Entwicklung der Talgdrüsen in Schweißdrüsen auf, gegenüber der weniger starken Entwicklung der Arrektores. Wie aus den beigefügten Abbildungen ersichtlich, treten natürlich auch Abweichungen auf, welche aber meistenteils auf Mischlinge hinweisen. Was die Bildung der Haarbündel anlangt, so kann man schon in den Wurzeln das Bestreben zur Bildung dieser eigentümlichen Anordnung erkennen. Hierbei ist auch — wie aus dem beigefügten Bilde ersichtlich — die unzweifelhaft selbständige Ausmündung der Schweißdrüsen zu sehen, welche offenbar die Zwischenräume der Bündel bevorzugen. Interessant sind die Studien über das Mischlingshaar, das als solches in jeder Beziehung zu erkennen ist und das immer für die jeweilige Beimischung charakteristisch ist. Der Verfasser hat uns in diesem Werke — gleichzeitig mit dem Hauptwerke — sehr interessante Studien veröffentlicht, welche der wissenschaftlichen Forschung wert sind. Eine Reihe wertvoller Abbildungen erhöht ganz besonders den Wert dieser Arbeit. W. Chrzelitzer-Posen.

Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Ärzte und Studierende, von J. Schäffer-Breslau. Mit 87 Abbildungen im Text. (Berlin-W., 1915, Urban & Schwarzenberg.) Ein wertvolles Buch würdig dem Verfasser und seinem Lehrer Albert Neisser, dem es gewidmet ist. Das vorliegende Werk soll dem Studierenden und praktischen Arzte, wie sich Schäffer in seinem Vorwort bescheiden ausdrückt, ein Führer in der Behandlung der nicht ganz einfachen Therapie der Hautkrankheiten sein. Das große Wissen und die reichen Erfahrungen des Verfassers, die in dieser Arbeit in glänzender Disposition zusammengestellt sind, dürften auch dem Spezialisten eine dankbare Unterstützung sein. Gerade die Behandlungstechnik, die leider immer noch nicht, selbst von Fachärzten, bei der Ausführung ihrer Verordnung genügend gewürdigt ist und infolgedessen so manchen Mißerfolg zeitigt, dürfte jedem, der sich mit der Behandlung von Hautkrankheiten beschäftigt, die große Bedeutung für den Heilerfolg vor Augen führen. Und hierauf hat Schäffer einen ganz besonderen Wert gelegt; durch eine größere Anzahl glänzend gelungener photographischer Aufnahmen hat er seine Absicht zu realisieren versucht. Nicht minder wertvoll ist sein Gedanke, den Therapeuten auf das richtige Mittel und seine Wirkungsweise hinzuweisen; so hat der Verfasser es vermieden, seine sich ihm bewährten Behandlungsmethoden zu schematisieren, sondern es ist ihm auf diese Weise geglückt, den behandelnden Arzt nicht nur seinem des Verfassers Denken und Fühlen zu nähern, sondern auch andererseits ihm in seinem therapeutischen Agieren freieren Spielraum zu lassen. Es ist ihm durch diese Zusammenstellung gelungen, dem Arzte den leitenden Gesichtspunkt für die Behandlung, das Grundprinzip klar zu machen, damit er viel leichter den richtigen therapeutischen Weg selbst herausfindet. Das Ganze zerfällt in zwei große Abschnitte: Die Behandlung der Hautkrankheiten und die Behandlung der venerischen Krankheiten. Der erstere wiederum in mehrere kleinere, die zusammengefaßt das α und ω eines jeden Facharztes bedingen: die Technik der Behandlung — die verschiedenen Applikationsmethoden — physikalischen Heilmethoden und schließlich die Behandlung der einzelnen Hautkrankheiten nach einem therapeutischen Programm, die den neuesten Forschungsergebnissen angepaßte Behandlung der venerischen Krankheiten haben die Absicht des Verfassers in glänzendster Weise verwirklicht. Möge das Werk seinem wahren Werte entsprechend gewürdigt werden.

W. Chrzelitzer-Posen.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Über die Häufigkeit der Syphilis bei den Insassen der staatlichen Irrenanstalten, von G. G. Vedder und W. H. Hough-Washington. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 12.) Die von V. und H. ausgeführten Untersuchungen bringen eine weitere Bestätigung der von anderer Seite schon aufgestellten Behauptung, daß die Syphilis bei Geisteskranken viel häufiger vorliegt als im allgemeinen angenommen wird, und daß viele Fälle unerkannt und daher auch unbehandelt bleiben. Verfasser haben seriatim 1283 Insassen der ihnen unterstellten Irrenanstalten serodiagnostisch geprüft. Es handelte sich dabei um 1041 Männer und 83 weibliche Kranke der weißen Rasse sowie um 94 farbige Männer und 65 farbige Frauen. Die Berechnung ergab, daß, nach Ausschluß der als Dementia paralytica und zerebrale Lues diagnostizierten Fälle, etwa 20% der aufgenommenen Männer weißer Rasse luetisch infiziert worden waren; für die farbigen Männer ergab sich sogar ein noch etwas höherer Prozentsatz, während die Zahl der Infektionen für farbige Frauen etwa nur die Hälfte betrug und sich unter den 83 weißen Frauen keine Infektionsfälle nachweisen ließen. A. Philippi-Salzschlirf.

Eine statistische Studie über Syphilis. Das Verhältnis ihrer Symptome zu späterer Tabes dorsalis und allgemeiner Paralyse, von Charles J. White-Boston. (J. Am. m. Assoc., 8. August 1914.) Aus dem Studium von 1016 Syphilis-, 500 Tabes dorsalis- und 178 Fällen von allgemeiner Paralyse stellt der Verfasser als Resultat folgende Sätze auf: 1. Von unseren Syphilitikern wurden 69% zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre infiziert. 2. Hereditäre Syphilis zeigt bei der Geburt selten Hauteruptionen. 3. Primäraffekte ließen sich in unseren primären und sekundären Fällen nur 58% eruieren; davon waren 9% extragenital. 4. Die klinischen Symptome der Syphilis sind individuell verschieden. 5. Männer neigen mehr zu Leukoplakie, Zerebralsymptomen, Plaques muqueuses, Alopezie, Iritis und Schmerzen, Frauen dagegen zu frühen und späten Hauterscheinungen, Pharyngitis, Kondylomen und Kopfschmerzen. 6. Von den 1016 frischen und alten Syphilitikern bekamen nur 8 Tabes, 7 Männer und 1 Frau, und einer Parese; von diesen 9 Parasyphilitikern hatten nur 3 — weniger als 0,3% — späte Hauteruptionen. 7. Von diesen Patienten kamen 20% nur ein einziges Mal zur Visite, 52% wurden 6 Monate hindurch behandelt, 45% 1 Jahr und 38% 2 Jahre und darüber. 8. Tabes dorsalis befällt Männer und Frauen im Verhältnis von 6:1. 9. Tabes tritt in 76% der Fälle zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre auf. Der jüngste Tabetiker war 21 Jahre alt. 10. Bei 45% von Tabetikern wurde Syphilis konstatiert (Wassermann nicht inbegriffen). 11. Tabes entwickelte sich bei 11% innerhalb von 5 Jahren von der Infektion an gerechnet und bei 61% innerhalb von 15 Jahren. 12. Von 500 Tabetikern hatten nur 3% jemals Spätsyphilide aufzuweisen. 13. Schmerz war das häufigste Frühsymptom der Tabes und die Beine der erste Körperteil, der die Krankheiten vermuten ließ. 14. Allgemeine Paralyse kam bei Männern und Frauen in einem Verhältnis von 10:1 vor. 15. Obgleich die Klasse der Patienten, mit denen wir zu tun hatten, fast zu gleichen Teilen aus Frauen und Einheimischen bestand so waren doch 94% der Paretiker Abkömmlinge von Leuten, die erst kürzlich aus den Britischen Inseln ausgewandert waren. 16. Parese beginnt in 70% zwischen dem 30. und 50. Jahre, aber der jüngste Paretiker war 16 und der älteste 76 Jahre. 17. Bei 30% der Paretiker wurde

Digitized by Google

Syphilis konstatiert oder in unserem Hospital behandelt (Wassermann nicht mit eingeschlossen). 18. Der Zeitverlauf zwischen der ursprünglichen syphilitischen Infektion und den ersten paretischen Symptomen betrug 1—30 Jahre. 19. Von den 178 Paretikern hat nur etwas über 1% jemals an Spätsyphiliden gelitten. 20. Den ersten Anteil der Lähmung hatte das Gehirn, den nächsten das Rückenmark. 21. Diese meine Originalüberzeugungen sind auf klinischen Erfahrungen basiert und beruhen auf sehr soliden Tatsachen. F. John-Leipzig.

Die psychische Seite der Syphilis, moderne Syphilislehren und Common Sense, von Hermann G. Klotz-New York. (New York. m. Mschr., Bd. 25, Nr. 10.) Verfasser gelangt bei ausführlicher Besprechung der psychischen Verfassung, die in den verschiedenen Phasen der Krankheit vorkommen kann, und des Einflusses, den die modernen Errungenschaften auf dem Gebiete der Syphilis auf die psychische Seite ausüben können, zu folgenden Schlußfolgerungen, gegen die sich kein Widerspruch erheben dürfte: 1. Syphilis ist geneigt, die Gemütsstimmung des Patienten mehr oder weniger aus dem Gleichgewicht zu bringen. 2. Die Entdeckung der Spirochaeta pallida als infizierendes Agens, die Einführung des Salvarsans in die Therapie und der Serumuntersuchung in die Beurteilung der Krankheit haben die Prognose wesentlich günstiger gestaltet, namentlich mit Rücksicht auf die psychische Seite. 3. Unter dem gegenwärtigen Zustand unserer Kenntnisse macht die negative Serumreaktion unter gewissen Bedingungen die Heilung des Patienten in hohem Grade wahrscheinlich, aber nicht absolut sicher. 4. Unter manchen Umständen, namentlich bei älterer, sogenannter latenter Syphilis kann die Serumuntersuchung leicht mehr Schaden als Nutzen anrichten und sollte ihre Anwendung den Regeln des praktischen Gemeinsinnes unterworfen werden. 5. Dem psychischen Einfluß der Syphilis soll genügend Rechnung getragen werden, namentlich solange noch die geringste Unsicherheit betreffend der definitiven Heilung besteht, und soll sich der Patient nicht allein auf das Laboratorium verlassen, sondern in erster Linie auf den Rat und die Teilnahme des Arztes, der die klinischen Symptome sorgfältig überwacht und das Selbstvertrauen des Patienten zu befestigen versteht.
E. Klemm-Leipzig.

Syphilis und Ehe, von R. Lederermann-Berlin. (Krankheiten und Ehe, 2. Aufl. Georg Thieme-Leipzig.) Die nicht zu lösende Frage, wann kann der Syphilitiker heiraten?, behandelt der Verfasser in einer sehr interessanten Arbeit unter dem Titel: Syphilis und Ehe. Für die Frage der Eheschließung gewinnt die Syphilis dadurch eine besondere Bedeutung, daß sie außer durch äußere Ansteckung auch kongenital auf die Nachkommenschaft übertragen werden kann. Es empfiehlt sich deshalb, die Beziehungen der Syphilis zur Ehe nach zwei Gesichtspunkten zu besprechen: welche Bedeutung hat die Syphilis für die Eheschließung, und welche Folgen hat die Syphilis in der Ehe. Es ist erwiesen, daß die Syphilis heilbar ist, und somit darf ein Syphilitiker nach genügender Behandlung, wenn alle Symptome geschwunden, auch heiraten. Verfasser bespricht die einzelnen Phasen der Syphilis, die bei einer Beurteilung über die Heiratsfähigkeit in Betracht kommen, und fordert selbstverständlich eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers mit den modernsten Untersuchungsmethoden. Die Frage, inwieweit der Wassermann und die positive Reaktion nach trotz bester Behandlung zur Endentschließung beiträgt, ist sehr schwer zu lösen, zumal positive Reaktion und Infektiosität sich nicht immer decken; im allgemeinen wird man gut behandelten Personen die Zustimmung zur Heirat geben können, wenn 5—6 Jahre nach der Infektion vergangen und mindestens 2—3 Jahre keine Erscheinungen mehr aufgetreten sind und der Wassermann sich während dieser Zeit negativ geblieben ist. Bei positiver Reaktion muß natürlich versucht werden, ein negatives Resultat zu erzielen, und wenn es nicht gelingt und die

Digitized by Google

Patienten früher gut behandelt und symptomfrei geblieben sind, so wird man schließlich den Ehekonsens unter Klarlegung des vorhandenen, mehr den Ehewerber als seine zukünftige Familie betreffenden Risikos nicht verweigern. Die größte Gefahr der Syphilis in der Ehe ist die Übertragung der Krankheit auf die Nachkommenschaft, durch direkte Ansteckung der Kinder von einem der beiden Eltern, durch die syphilitische Ansteckung der Frucht und schließlich durch die Infektion der Kinder beim Geburtsakt. Diese Fragen und die Behandlung der Infizierten, das Collessche und Profetasche Gesetz, bespricht der Verfasser in eingehendster Weise. Die Wassermannsche Reaktion in der Säuglingssyphilis und die soziale Seite der kongenitalen Syphilis werden in der lesenswerten Arbeit besonders gewürdigt. W. Chrzelitzer-Posen.

Syphilis und Findelanstalt, von Gustav Riether. (W. m. W., 1914, Nr. 3.) In seinem Vortrage beim 17. internat. med. Kongresse hatte Finger betont, daß in Findelhäusern meist nur eine ungenügende Untersuchung des Säuglings stattfinde, so daß durch syphilitische Kinder leicht Infektionen entstehen könnten. Riether weist nun darauf hin, daß in der n.ö. Landesfindelanstalt in Wien die Säuglinge sorgfältigst, auch serologisch, untersucht würden, und daß alle Maßregeln getroffen sind, um eine Weiterverbreitung der Syphilis durch Kinder zu verhindern. Für diese Anstalt trifft also der Vorwurf Fingers nicht zu. R. Frühwald-Leipzig.

Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues, von J. Trinchese. (D. m. W., 1915, Nr. 19.) T. kommt in seiner sehr wertvollen Arbeit auf Grund eigener Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: eine Immunisierung der Mutter vom Fötus und im Sinne des Collesschen Gesetzes ist unmöglich, weil eine paterne Übertragung der Lues nicht vorkommt und weil der Fötus selbst keine immunisierenden Stoffe erzeugt. Das Profetasche Gesetz, d. h. eine Immunisierung des Fötus von der Mutter aus, kommt nicht vor, weil die Plazentarwand für die Reaktionsstoffe des mütterlichen Organismus nicht durchlässig ist. Je früher der Fötus infiziert wird, um so rascher verläuft die Syphilis nach Art einer Sepsis, die innerhalb sechs Wochen zum Tode des Fötus führt. Bis gegen den achten Monat hin bildet der Fötus keine Reagine, d. h. sein Blut reagiert negativ, trotz positiver Reaktion der Mutter und massenhafter Spirochätenansammlung in allen seinen Geweben. In den letzten Monaten der Schwangerschaft fängt der Fötus an, sich gegen das Syphilisgift zur Wehr zu setzen, schwache und inkonstante Reagine zu bilden, d. h. positiv nach Wassermann zu reagieren. Erfolgt die Infektion des Kindes in den letzten Wochen vor der Geburt, so können sowohl klinische syphilitische Symptome vollkommen fehlen, als auch die WR negativ sein, da die Inkubationszeit für beide Erscheinungen noch zu kurz ist. Das sind die früher als „immun" betrachteten Kinder; sie geben das Material zu den „spät"-syphilitischen Kindern ab. Wenn es auch vorkommt, daß latentluetische, vielleicht sogar floridluetische Mütter gesunde Kinder gebären, so ist weder das Fehlen luetischer Erscheinungen, noch eine negative WR bei der Geburt ein sicherer Beweis dafür, daß das Kind tatsächlich gesund ist. Es ergeben sich bei der Geburt des Kindes einer syphilitischen Mutter folgende Möglichkeiten: 1. das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat negative WR. 2. Das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat positive WR. 3. Das Kind hat klinisch Syphilis und positive WR. 4. Das Kind hat klinisch Syphilis und negative WR. In der angegebenen Reihenfolge werden diese Möglichkeiten für die Prognose des Lebens des Kindes immer ungünstiger, so daß die vierte Möglichkeit meistens den Tod des Kindes bedeutet. E. Brinitzer-Altona.

Gibt es eine paterne Vererbung der Syphilis? von Franz Bruck. (D. m. W., 1914, Nr. 24.) Die positiven Impfresultate mit Sperma Syphilitischer bei Affen und Kaninchen wären für eine paterne Vererbung erst dann beweisend, wenn es gelänge,

Digitized by Google

mit isolierten Spermatozoen Syphilitische zu impfen. B. hält bis dahin daran fest, daß die Syphilis nur indirekt, durch Infektion der Mutter, das Kind syphilitisch macht. Die Syphilis der Neugeborenen wäre danach als kongenital, nicht aber als hereditär zu bezeichnen. E. Brinitzer-Altona.

Gibt es eine paterne Vererbung der Syphilis? von Fritz Lesser. (D. m. W., 1914, Nr. 29.) Man kann bei Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis, Lepra usw.) nicht von paterner und materner Vererbung, sondern nur von paterner (spermatischer) oder materner (plazentarer) Infektion der Frucht sprechen und somit auch nicht von ererbter (hereditärer), sondern nur von angeborener (kongenitaler) Syphilis sprechen. Die Frage dreht sich heute lediglich nur darum, ob die Spirochäten enthaltende Samenflüssigkeit zuerst die Frucht syphilitisch infiziert und die Syphilis dann von der Frucht auf die Mutter übergeht, oder ob die Spermaflüssigkeit zuerst die Mutter syphilitisch infiziert und erst sekundär die Syphilis von der Mutter auf die Frucht übergeht. Diese Frage ist zurzeit noch unentschieden. E. Brinitzer-Altona.

Noch einmal zur Frage der paternen Vererbung der Syphilis, von Franz Bruck. (D. m. W., 1914, Nr. 33.) B. ist der Meinung, daß Lesser für seine Behauptung, eine paterne direkte Infektion der Frucht sei möglich, den wissenschaftlichen Beweis zu erbringen hätte. Er (Bruck) brauche den Gegenbeweis nicht zu führen. E. Brinitzer-Altona.

Trauma und chronische Infektionskrankheiten, von Emil Schepelmann-Bochum. (M. Kl., 1915, Nr. 18.) In der vorliegenden Arbeit bespricht Schepelmann auch die Einwirkung, die ein Trauma auf Syphilitiker haben kann, und kommt zu dem Schluß, daß die Syphilis gelegentlich wohl die Ursache von lokalen Erkrankungen, die im Anschluß an ein Trauma zur Auslösung kommen, sein könne. Doch ist der Zusammenhang oft schwer nachweisbar. Es ist sehr wohl denkbar, daß bei konstitutioneller Syphilis Blutergüsse oder stark gequetschte Gewebe von den im Blute kreisenden Spirochäten infiziert werden können und es dann zu gummösen Wucherungen, sei es in den Weichteilen, sei es in den Knochen, kommt. Doch nimmt der Verfasser das nur an für diejenigen Fälle, in denen der Intervall zwischen Trauma und Sichtbarwerden des Gummas höchstens 4—6 Wochen beträgt. Dagegen schaltet er die Fälle von Gummen und Spontanfrakturen aus, welche die Folgen einer spontanen allgemeinen Brüchigkeit — einer Art toxischer Malacie — sind. Auch über den Zusammenhang zwischen Traumen und Unterschenkelgeschwüren bei Syphilitikern gibt der Verfasser eine kurze Abhandlung. O. Lasch-Breslau.

Syphilis und Tuberkulose, von H. Sundt. (Norsk Magazin f. Laegevidenskaben, 1915.) Verfasser erwähnt den Gebrauch systematischer Tuberkulinreaktionen, der mehrere Jahre hindurch am Küstenhospital für skrofulöse Kinder gemacht worden ist, und der dargetan hat, daß eine verhältnismäßig große Anzahl der eingelegten Patienten überhaupt nicht tuberkulös infiziert gewesen ist, oder — wenn dies doch der Zufall war — daß die klinischen Symptome, die das Einlegen ins Hospital bewirkt haben, nicht tuberkulöser Natur gewesen sind. Was die Hüftgelenksleiden anbelangt, so erwähnt Verfasser, daß von 40 Fällen im Dreijahr Juli 1911—Juli 1914 11 — d. h. 27,5% — nicht tuberkulös infiziert waren, und was das Kniegelenk anbelangt 29 Fälle, wovon 6 nicht tuberkulös waren, d. h. 20,7%. Während die Ätiologie der nicht-tuberkulösen Hüftgelenksleiden dunkel erscheint — Verfasser geht auch auf die Kalvé-Perthessche Krankheit ein —, spielt bei den nicht-tuberkulösen Kniegelenksleiden die Syphilis eine hervorragende Rolle. Von den erwähnten 6 nicht-tuberkulösen Gonitiden waren 4 luetischer Natur und gaben positive WR. Ein immer zunehmender Gebrauch dieser spezifischen Reaktion mit Tuberkulinproben zusammen hat gezeigt, daß ein nicht unerheblicher Teil der

Digitized by Google

Hospitalskranken luetisch infiziert war, und daß die Symptome, die das Einlegen ins Hospital bewirkt haben, von Syphilis und nicht von Tuberkulose herstammten, auch wenn gleichzeitig eine tuberkulöse Infektion vorliegt. Die syphilitischen Formen, die man bei den Kranken, die ein Hospital für skrofulo-tuberkulöse Kinder aufsuchen, findet, sind die tertiären oder wohl überwiegend am häufigsten die tardiven Formen der kongenitalen Syphilis. Man sieht z. B. syphilitische Symptome, sowohl einen typischen Tumor albus, eine ulzerierende Haut- oder Schleimhauttuberkulose, welche das klinische Bild einer klassischen Skrofulose vortäuscht. Dieses Auftreten latenter Syphilis im Kindesalter, welches eine Skrofulose und Tuberkulose in deren verschiedenen Formen vortäuscht, ist natürlich von der größten Bedeutung. Und auf den Erfahrungen im Küstenhospital fußend, plädiert Verfasser für einen mehr ausgebreiteten Gebrauch der verschiedenen Methoden zur Sicherung der Diagnose, speziell systematisch durchgeführte Tuberkulin- und WR. Er teilt mehrere ganz charakteristische und interessante Krankengeschichten mit, die die Forderung des Verfassers bestärken. W. Holland-Kristiania.

Der Gehalt des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren bei syphilitischen und nicht-syphilitischen Individuen, von A. W. M. Ellis, G. E. Cullen und D. D. van Slyke-New York. (J. Am. m. Assoc., 9. Januar 1915.) Von anderer Seite (Kaplan, McClelland) sind Beobachtungen publiziert worden, aus denen sich zu ergeben schien, daß bei Luetikern der Gehalt des Blutes an Aminostickstoff erheblich geringer ist als bei nicht-syphilitischen Individuen; die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit hatte aber keine konstanten Verhältnisse geliefert. Dahingegen teilen Verfasser die Ergebnisse ihrer Blutuntersuchungen bei 39 Patienten, von denen 15 auch in bezug auf die Zerebrospinalflüssigkeit untersucht wurden, mit und kommen zu dem Schlusse, daß die Aminosäuren durchaus kein konstantes und etwa für Lues charakteristisches Verhalten zeigen, sondern sogar bei einem und demselben Individuum, ob syphilitisch oder nicht, sehr beträchtliche zeitliche Schwankungen aufweisen. A. Philippi-Salzschlirf.

Syphilitische Infektion bei Familienmitgliedern von Paralytikern, von R. H. Haskell-Ann Arbor. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 11.) Es ist schon von anderer Seite darauf hingewiesen worden, daß jeder Fall von Dementia paralytica auf das Vorhandensein von weiteren Erkrankungen, sei es bei der Gattin, sei es bei der Nachkommenschaft des betreffenden Paralytikers, schließen läßt. Verfasser hat nach dieser Richtung weitere Nachforschungen bei einem Material von 55 verheirateten Kranken mit ausgesprochener Paralyse im staatlichen Irrenhaus ausgeführt. Bei 17 der Ehefrauen war die WR positiv, und eine negativ reagierende Frau gab an, einen Lippenschanker und weitere Läsionen gehabt und eine energische antisyphilitische Behandlung durchgemacht zu haben. In einem bedenklich hohen Prozentsatz der infizierten Ehefrauen war jegliche Behandlung unterblieben. Ferner wurde konstatiert, daß bei vorhandener Lues 32,5% der Ehen steril blieben, während 12,7% solcher Ehen mit wiederholten Aborten einhergingen und von 123 lebend geborenen Kindern 20 vor Erreichung des elften Lebensjahres starben. A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Dr. Karl Taege, stellvertretender Leiter der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B., hat den Hofratstitel erhalten!

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

13. November 1915 | Nr. 46 | Band 61

Aus der Poliklinik für Hautkrankheiten, Hohlstraße 82 in Zürich.

Über zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion oder Pseudo-Reinfektion nach Salvarsan-Quecksilbertherapie.

Von

Priv.-Doz. Dr. Tièche.

Publikationen über syphilitische Reinfektionen sind seit der Salvarsanära außerordentlich zahlreich geworden. Man muß folglich annehmen, daß die latenten Giftherde (Neisser), die jedenfalls die sekundäre und tertiäre Umstimmung erzeugen, seltener geworden sind. Das bedeutet schließlich nichts anderes, als daß unsere Therapie eine bessere geworden ist und die Sterilisation öfter gelingt wie bisher.

In theoretischer Beziehung hat die Allergielehre (veränderte Reaktion des Organismus gegen jeden Stoff, der demselben ein oder mehrmals einverleibt wurde), wie auch die experimentellen Arbeiten (Finger, Landsteiner, Ehrmann usw.) unsere Anschauungen über die Reinfektion bei sekundärer und tertiärer Umstimmung ganz wesentlich bereichert. Näheres (auch Literatur) bei Jadassohn, Syphilidologische Beiträge. Festschrift für Neisser. Arch. f. Derm., 1907.

Wir wissen, daß eine Reinfektion in der 1. und 2. Inkubationszeit je leichter gelingt, je mehr sie mit der 1. Infektion zusammenfällt (Superinfektion), und je schwerer haftet und undeutlicher wird, je mehr man sich der sekundären Periode nähert. Ist einmal die sekundäre Umstimmung eingetreten — die sich durch geringe Reaktion auf Reinfektion charakterisiert — wird ein eigentlicher primärer Schanker nicht mehr beobachtet. In der Periode der tertiären Umstimmung stößt syphilitisches Virus entweder auf völlige, lokale Anergie, oder es zeigt sich auch Überempfindlichkeit (kräftige, rein toxische Reaktion, oder ein primärer Schanker, der sich ulzeriert oder gummös umwandelt usw.). Je nachdem die Umstimmung nur regionär oder auch allgemein in Rückbildung begriffen ist, kann der Gesamtorganismus auch an der Neuinfektion sich beteiligen. So kann es zur Ausbildung von Mischexanthemen kommen, wo sekundäre und tertiäre Erscheinungen gleichzeitig beobachtet werden, je nach dem Grad der noch bestehenden oder schon verschwundenen Umstimmung.

Digitized by Google

Da v. Veress, Friboes[1]) usw. die Fälle von Reinfektion nach Salvarsantherapie als echte Reinfektionen bezweifeln und glauben, es handle sich um Gebilde, auf die zuerst Thalmann[1]) (Solitär-Sekundäraffekt), dann Bettmann Pseudoreinfektion aufmerksam gemacht haben, so lohnt sich die Besprechung von zwei Krankengeschichten über diese therapeutisch sowohl wie praktisch wichtige Frage.

Fall I. Der 40jährige G. B. aus Altstetten bei Zürich kommt am 27. Februar mit einer typischen Initialsklerose im Sulkus in meine Behandlung. Sp. pallidae in großer Zahl vorhanden, regionäre Lymphdrüsenschwellung im Entstehen begriffen.

Er wird mit steigenden Dosen Neosalvarsan behandelt. In 8 Wochen 3,5 g Neosalvarsan und 0,75 g Hydragyrum salicyl. Das Salvarsan wird gut ertragen, das Hg hingegen erzeugt häufig allgemeines Unwohlsein, Brechreiz und Temperatursteigerung. Die Hg-Kur mußte daher wiederholt unterbrochen werden. Am 19. VI. kommt Patient wieder in Behandlung mit einer leichten Erosion auf der Zunge, wie man sie nach herpetischen Eruptionen häufig beobachten kann. Er klagt über eigenartige Schmerzen in der Zungenwurzel und scheint stark beunruhigt zu sein. Schon 3 Tage später hat sich die Affektion in eine bohnengroße, rundliche Plaque umgewandelt von blaurötlicher Farbe und derber Konsistenz. Im Abstrich keine sicheren Pallidae.

Am 23. VI. neuer Abstrich von dem Rande der inzwischen im Sinne einer Primärsklerose absolut charakteristisch gewordenen Affektion — deutliche Reaktion der Lymphdrüsen — ergibt typische Pallidae. — Die Wassermannsche Reaktion negativ.

Patient negiert jeglichen außerehelichen Geschlechtsverkehr, weigert sich aber aufs bestimmteste, seine Frau zur Untersuchung zu stellen, da dies unnötig!

Therapie: kombinierte Salvarsan-Hg-Behandlung. Unter dieser Therapie rasche Abheilung der Symptome.

Fall II. Der 25jährige Lokomotivheizer E. D. ist nie krank oder venerisch infiziert gewesen. Er hatte vor 5 Wochen einen suspekten Geschlechtsverkehr und weist seit 8 Tagen Veränderungen an den Genitalien auf. Drei deutliche Verhärtungen am Rande des Präputiums, ferner einen typischen Primäraffekt etwa in der Mitte der Penishaut mit Abklatsch auf dem Skrotum. In zwei Erosionen Spir. pallidae +++. Gegen diese Affektion wird Patient energisch (Wassermannsche Reaktion neg.) antisyphilitisch behandelt. Er erhält in ca. 10 Wochen 1,15 Hg. salicyl. intraglutäal und 3.5 g Neosalvarsan in steigenden Dosen intravenös injiziert. Die Sklerosen wurden ferner ausgedehnt kauterisiert und mit Jodtinktur kräftig nachbehandelt. Heilung der Symptome in der vierten Woche. — 24. IV. letzte Hg-Injektion.

Am 11. Mai kommt Patient in die Poliklinik und verlangt noch einige Hg-Injektionen, um auch ganz sicher geheilt zu sein. Er erhält 0,1 Hg. salicyl. intraglutäal injiziert.

Am 16. Mai stellte er sich wieder mit einer Affektion von verdächtigem Aussehen zur Behandlung ein. Die rechte Oberlippe ist stark geschwollen, auf Druck etwas schmerzhaft. Beim Umstülpen der Lippe zeigt sich auf dem Lippenrot eine etwa centimestückgroße, erhabene papulöse Infiltration von auffallender Härte, deren Zentrum leicht schmierig belegt ist. Die regionären Lymphdrüsen sind deutlich vergrößert Die wiederholte mikroskopische Untersuchung des Sekretes ergibt einwandsfreie Pallidae,

[1]) M. m. W., 1907, Nr. 13. — D. m. W., 1911, Nr. 10, S. 544. — Literatur in der Arbeit v. Veress, Mh., 1912, Nr. 1 u. 2.

Digitized by Google

keine Spieße, keine anderen Spirillen. In den nächsten Tagen kommt der Primäraffekt klinisch noch deutlicher zur Ausbildung. Wassermann negativ.

Nach Feststellung der Diagnose wird zur energischen Kur geschritten und P. einer neuen abortiven Behandlung von ähnlicher Intensität wie die erste unterzogen. In etwa 14 Tagen ist Prozeß fast ganz zurückgebildet.

P. gibt an, während der ersten Behandlung wieder Geschlechtsverkehr mit der Frau gehabt zu haben, von der die erste Infektion herstammte. In beiden Fällen traten also das eine Mal direkt nach der Behandlung, das zweite Mal nach ca. 2 Monaten Affektionen im Munde des „abortiv" behandelten Patienten auf, welche klinisch sich vollkommen wie Primäraffekte präsentierten und wieder zu regionärer Lymphdrüsenschwellung führten bei negativer Wassermannscher Reaktion.

Wir können also konstatieren, daß jedenfalls die sekundäre Umstimmung des Organismus ausgeblieben ist, denn sonst wäre es, nach dem in der Einleitung festgestellten Tatsachenmaterial, nicht zu neuen Gebilden gekommen, die klinisch vollkommen sich wie Primärsklerosen präsentierten und verhielten.

Zwei Möglichkeiten — die leider nicht leicht voneinander abzugrenzen sind — können hier nun vorliegen.

1. Die Krankheit ist zur Abheilung gekommen, Patienten haben sich neu infiziert, und es beginnt eine neue Infektion, die mit der alten nichts zu tun hat, d. h. die Krankheit ist mit vollem Erfolg abortiv behandelt worden.

2. Es mißlang die vollkommene Sterilisation, weil einige Spirochäten nicht abgetötet wurden und im Körper zurückblieben (Lippe, Zunge), weil aber die Therapie den Eintritt der immunisatorischen Prozesse (sekundäre Umstimmung) störte oder ganz verhinderte, reagieren die Orte der Rezidive gleich wie bei Erstinfizierten, es kommt zur Bildung von indurierten Stellen, d. h. zu Pseudoreinfektionen.

Im Falle I wird die Möglichkeit einer Reinfektion aufs bestimmteste bestritten. Da Primärsklerosen in der Mundregion in Zürich selten zur Beobachtung kommen, ist es immerhin etwas auffallend, daß gerade bei den zwei einzigen Fällen von eventueller Reinfektion, die ich hier in Zürich beobachtet habe, die Initialsklerose sich in der Mundhöhle lokalisierte. Man muß bei objektiver Beurteilung der Sachlage folglich zugeben, daß ein Rezidiv im Sinne einer Pseudoreinfektion nicht vollkommen ausgeschlossen werden darf.

Im zweiten Falle hat der Patient sich am 25. April wieder der Infektion ausgesetzt, nachdem er am 24. die letzte Dosis Hg. salicyl. 0,1 erhalten hatte. Am 10. Mai sollte auf seinen speziellen Wunsch eine neue Kur begonnen werden, und Patient erhielt die Dosis 0,1 Hg. salicyl. injiziert. Schon am 16. aber stellte er sich mit einer verdächtigen Lippenaffektion ein. Da Rezidive im allgemeinen leichter durch thera-

Digitized by Google

peutische Maßnahmen unterdrückt werden wie Primärsklerosen, spricht dies Verhalten der Affektion ganz entschieden für eine Neuinfektion. In diesem Falle, der auch erheblich größere Mengen Hg. salicyl. injiziert erhielt, ist folglich eine Pseudoreinfektion unwahrscheinlicher wie im Falle I.

Da mit Sicherheit sich wohl nur ganz ausnahmsweise solche Rezidive von Neuinfektionen unterscheiden lassen, wird man, vom therapeutischen Standpunkte aus betrachtet, alles tun, um dieser Eventualität vorzubeugen. Folglich sind außerordentlich kräftige Neosalvarsankuren (6,0—7,0) in ca. 10 Wochen, Kalomelinjektionen und ganz besonders auch intraglutäale Salvarsandepotinjektionen wohl ratsamer wie diese mittelstarken Kuren von 3,2—3,5 g Neosalvarsan- und 6—10 Hg. salicyl.-Injektionen.

Bei solch intensiver Therapie habe ich nie Rezidive, allerdings aber bis jetzt auch keine Reinfektionen gesehen.

Über den Einfluß reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken.

Von

Josef Schumacher, Berlin.

(Schluß.)

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Pyrogallolkarbonsäure.

Da die Gallussäure relativ schwer in Wasser löslich ist, führt man sie teilweise in das Natriumsalz über. Es wurden zu diesem Zweck jeweils 20 Tropfen einer 15%igen NaOH-Lösung zu der Gallussäure 1:100 (1%), 1:33 (3%), 1:20 (5%) gegeben. Die Lösungen reagierten noch schwach sauer.

Wurden die Präparate vor der RW-Färbung 15 Minuten in diese Lösungen gestellt, so war das RW-Bild in allen drei Fällen abgeblaßt, je nach der verwendeten Konzentration stärker oder schwächer. In allen drei Präparaten waren die Gonokokken nur schwer aufzufinden, da sie nicht stärker als die Leukozytenkerne gefärbt waren. Wirkte die 1%ige Lösung vorher 30 Minuten lang ein, so waren die Gonokokken äußerst schwer aufzufinden, da sie blasser tingiert waren als die Kerne der Leukozyten. In den entsprechenden Präparaten der 3- und 5%igen Lösung waren sie bei langem Suchen eben noch als angedeutet hellblau gefärbte Gebilde zu sehen, im Gegensatz zu den noch relativ stark gefärbten Leukozytenkernen. Das Protoplasma der Zellen färbt sich auch hier wie beim Pyrogallol schon bald gar nicht mehr.

Digitized by Google

Die Pyrogallolkarbonsäure vermag daher den Gonokokken den allergrößten Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen und beeinflußt die Gonokokken erheblich stärker als die Leukozytenkerne.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch p-Aminophenol.

Stark reduziert auch p-Aminophenol. Stellt man sich eine konzentrierte Lösung von p-Aminophenol her, indem man 1 g in 100 ccm Wasser löst, wovon ein kleiner Teil ungelöst am Boden zurückbleibt, und läßt diese Lösung auf das Präparat einwirken, so ist eine relativ starke Beeinflussung des RW-Bildes erkennbar. Stand das Präparat längere Zeit in der Lösung, so erkennt man mikroskopisch kleine, auf dem Präparat liegende Kriställchen von p-Aminophenol, die aber das RW-Bild weiter nicht stören. Ein Zusatz von 5 Tropfen Salzsäure auf 100 ccm der p-Aminophenollösung bewirkt eine starke Beeinflussung des RW-Bildes. Hier ist der starke Einfluß auf das entstandene salzsaure p-Aminophenol zurückzuführen, das in Wasser leicht löslich ist. Die dadurch entstehenden höheren Konzentrationen von p-Aminophenol müssen naturgemäß auch stärker reduzieren. Auch ein Zusatz von 3 Tropfen Kalilauge zu obiger p-Aminophenollösung bewirkt eine stärkere Beeinflussung des RW-Bildes, so daß dieses nach einer Einwirkungszeit von einer Stunde praktisch verschwunden ist. Kerne und Gonokokken sind nur noch als schwach grau gefärbte Gebilde wahrnehmbar.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Salvarsan.

Behandelt man einen Gonorrhoe-Eiterausstrich 5 Minuten lang mit einer 1 %igen Salvarsannatriumlösung [1]) vor und färbt dann mit RW, so findet man die Leukozytenkerne abgeblaßt und die Gonokokken noch sehr viel blasser als diese gefärbt. Sie werden also erheblich stärker geschädigt als die Leukozytenkerne, was ich auf ihre größere chemische Affinität zu dem Salvarsan zurückführe, worauf ich noch zurückkomme. Das Protoplasma der Leukozyten ist gar nicht mehr gefärbt. Das mit einer 3 %igen Salvarsannatriumlösung vorbehandelte Präparat bietet ungefähr dieselben Verhältnisse wie bei der Vorbehandlung mit 1 %iger Lösung. Wirkten die Salvarsanlösungen 15 Minuten lang ein, so waren die Kerne der Leukozyten noch erkennbar blau gefärbt, die Gonokokken aber nur mehr ganz blaßblau gefärbt, kaum zu erkennen. Stellenweise haben sich die Leukozyten ebenfalls überhaupt nicht mehr gefärbt und erscheinen als graue Gebilde. Wirkten die Salvarsanlösungen eine Stunde ein, so war ein erheblicher Unterschied in der Abnahme der blauen

[1]) Je 0,15 g Salvarsannatrium ist seiner starken Alkaleszenz wegen mit 30 Tropfen $^1/_{10}$ n-Salzsäure zu neutralisieren, anderenfalls die Zellen aufgelöst werden.

Digitized by Google

Farbe gegenüber den nur 15 Minuten lang behandelten Präparaten nicht zu erkennen.

Das Salvarsan erweist sich auch hier wieder als das stärkste Reduktionsmittel, worauf Tryb[1]) und ich[2]) bereits früher hingewiesen haben.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch kolloidalen Schwefel.

Behandelt man ein Gonorrhoe-Eiterpräparat vor der Färbung mit RW 5 Minuten lang mit einer 2%igen Lösung[3]) von kolloidalem Schwefel, so blaßt das RW-Bild unbedeutend ab. Bei Vorbehandlung mit einer 5%igen Lösung ist die Abblassung erheblich stärker. Die Leukozytenkerne färben sich nur sehr schwach, die Gonokokken aber heben sich als leuchtend blaue Punkte ab. Bei Vorbehandlung mit 10%iger Suspension von kolloidalem Schwefel ist die Abblassung des RW-Bildes erheblich. Die Leukozytenzelle färbt sich nur noch diffus schwach hellblau, ohne daß die Kerne sehr deutlich hervortreten, die Gonokokken behaupten aber auch hier ihr volles Färbungsvermögen. Erstreckt sich die Vorbehandlung mit der 2%igen Lösung auf eine Viertelstunde, so sind die Leukozyten auch hier nur sehr schwach tingiert, die Gonokokken als tiefblaue Pünktchen aber immer wieder leicht auffindbar. Nicht wesentlich anders ist das Bild bei 15 Minuten langer Vorbehandlung mit der 5- und 10%igen Lösung. Erst wenn die 5- und 10%ige Suspension ½ Stunde lang eingewirkt hat, blassen die Gonokokken ein wenig ab.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch schweflige Säure und deren Natriumsalz.

Läßt man eine konzentrierte, eben frisch bereitete Lösung von schwefliger Säure auf einen Gonorrhoe-Eiterausstrich einwirken und färbt dann mit RW, so ist nach einer Einwirkungsdauer von 5 Minuten noch keine wesentliche Änderung an dem RW-Bild aufgetreten. Auch nach 15 Minuten langer Vorbehandlung sind die Kerne und Gonokokken noch gut gefärbt. Erst wenn die schweflige Säure eine Stunde lang einwirkte, blaßt das RW-Bild erkennbar ab. Die Kerne der Leukozyten färben sich blasser, ebenso die Gonokokken, die sich aber immer noch durch intensivere blaue Farbe abheben.

Wirkt eine 1- oder 3%ige Lösung von Natriumsulfit 15 Minuten lang auf die Präparate vor der RW-Färbung ein, so war eine wesentliche Veränderung des RW-Bildes nicht zu konstatieren. Es schien lediglich etwas abgeblaßt. Wurde aber ein Präparat 15 Minuten lang mit einer 5%igen Natriumsulfitlösung vorbehandelt, so waren die Kerne der Leuko-

[1]) Mh. f. pr. Derm., 1911, Bd. 52. — [2]) Derm. W., 1915, Bd. 60. — [3]) Die teilweise eine Suspension ist.

Digitized by Google

zyten als solche nicht mehr zu erkennen, dieselben nur noch diffus hellblau gefärbt, die Gonokokken hoben sich aber noch sehr gut durch ihre intensiv blaue Farbe ab. Wirkten die Lösungen des Natriumsulfits eine halbe Stunde vorher ein, so waren alle Elemente des RW-Bildes weiterhin abgeblaßt.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Natriumbisulfit.

Behandelt man die Präparate mit einer 1,3- oder 5 %igen Lösung von Natriumbisulfit 15 Minuten lang vor und färbt dann mit RW nach, so sind die Kerne der Leukozyten fast nicht mehr gefärbt, die Zellen erscheinen in einem ganz mattblauen Ton diffus gefärbt, und die Gonokokken heben sich so stark durch ihre blaue Farbe auch bei 30 Minuten langer Vorbehandlung ab, daß eigentlich nur sie im ganzen Präparat gefärbt erscheinen. In einzelnen Leukozyten sind einige Stellen ebenso blau tingiert wie die Gonokokken.

Die Beinflussung des RW-Bildes durch Eikonogen (Amidonaphtholmonosulfosäure) und Glyzin (Oxyphenylamidoessigsäure[1]).

Wird ein Gonorrhoe-Eiterausstrich 15 Minuten lang mit einer 1 %igen wäßrigen Eikonogenlösung vorbehandelt, so blaßt das RW-Bild etwas ab. Wirkt die 3 %ige Lösung aber 15 Minuten ein, so ist die eintretende Abblassung erheblich stärker und werden alle Elemente von ihr betroffen. Das Protoplasma ist gar nicht gefärbt, die Leukozytenkerne schwachblau und die Gonokokken sind ebenfalls nur schwachblau gefärbt in dem Tone der Leukozytenkerne, teilweise sogar noch schwächer. Sie sind also relativ stärker beeinflußt worden als die Leukozyten. Wirkte die 3 %ige Lösung aber ½ Stunde lang ein, so blaßt das RW-Bild weiter ab. Die Leukozytenkerne färben sich nicht mehr, die Gonokokken heben sich aber noch als dunkler gefärbte Gebilde hervor.

Die Wirkung des Glyzins auf das RW-Bild ist dieselbe wie beim Eikonogen. Die Gonokokken behalten auch hierbei sehr lange ihr Färbungsvermögen. Zu beachten ist, da Glyzin nicht wasserlöslich ist, daß man nicht zu viel Natronlauge zugibt, da eine zu starke alkalische Reaktion die Zellen schädigt.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Ferrosulfat.

Behandelt man einen Gonorrhoe-Eiterausstrich 30 Minuten lang mit einer 1 %igen Lösung von Ferrosulfat vor, so ist eine nennenswerte Änderung gegenüber dem nicht vorbehandelten RW-Präparat nicht zu

[1]) Diese Substanzen dienen bekanntlich in der Photographie als Entwickler.

Digitized by Google

konstatieren. Wirkte aber ebensolange eine 3%ige Lösung ein, so ist das RW-Bild abgeblaßt, am deutlichsten die Kerne, aber auch die Gonokokken scheinen sich etwas weniger intensiv gefärbt zu haben, wenn sie auch noch stärker gebläut sind als die Leukozytenkerne. Das mit 5%igem Ferrosulfat vorbehandelte Präparat bietet folgendes Bild: die Kerne der Leukozyten sind nicht mehr gefärbt, die ganze Zelle hat einen diffusen, mattblauen Ton angenommen, und die Gonokokken sind durch ihre noch stark blaue Farbe leicht auffindbar.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Oxalsäure.

Werden die Präparate vor der RW-Färbung mit einer 1,3- oder 5%igen Oxalsäurelösung vorbehandelt, so bietet das RW-Bild keine wesentlichen Veränderungen. Alle Elemente des RW-Bildes sind nun ein wenig blasser als das nicht vorbehandelte Präparat, die Gonokokken färben sich aber auch nach Vorbehandlung mit der 5%igen Lösung noch intensiv blau.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Rongalit.

Ebenso wie Oxalsäure ist die Wirkung der Rongalitlösungen auf das Zustandekommen des RW-Bildes eine geringe. Erst wenn die 3- und 5%ige Lösung $^1/_2$ Stunde lang eingewirkt hat, blassen die Leukozytenkerne und Gonokokken etwas ab.

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Phenylhydrazin.

Stark reduzierend wirkt auch das Phenylhydrazin, das aber für medizinische Zwecke völlig ausscheiden muß, da es schon in dünnen Konzentrationen äußerst stark reizt und leicht Intoxikationen verursacht. Läßt man vor der RW-Färbung 5 Minuten lang eine 1,3- und 5%ige wäßrige Lösung von Phenylhydrazin auf die Präparate einwirken, so sind die Leukozytenkerne in den mit 3- und 5%iger Lösung vorbehandelten Präparaten stark abgeblaßt, die Gonokokken aber noch als stark blau gefärbte Pünktchen erkennbar. Wirkten die Phenylhydrazinlösungen 15 Minuten lang ein, so färbten sich die Leukozytenkerne überhaupt nicht mehr, die Zellen waren ganz blaßblau, schwer wahrnehmbar tingiert, und die Gonokokken dominieren auch hier durch ihre blaue Farbe, die jedoch etwas von ihrer Intensität eingebüßt hat. Wirkten die Phenylhydrazinlösungen $^1/_2$ Stunde vor der RW-Färbung ein, so hatte auch die blaue Farbe der Gonokokken an Intensität weiter verloren bei der Vorbehandlung mit der 3- und 5%igen Lösung.

Das Phenylhydrazin ist nach diesen Untersuchungen imstande, den Gonokokken einen großen Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen.

Digitized by Google

Die Beeinflussung des RW-Bildes durch Metallsalze.

Wurde ein Gonorrhoe-Eiterausstrich mit einer 1 %igen Lösung von Silbernitrat oder eines organischen Silberpräparates, beispielsweise mit einer 1 %igen Albarginlösung, 2 Minuten lang behandelt und darauf mit Wasser abgespült, so wurde das Präparat beim Aufgießen der RW-Lösung momentan blau. Dieselbe Erscheinung beobachtete man auch, wenn das Präparat vorher mit anderen Metallsalzen vorbehandelt war, beispielsweise auch mit dem reduzierenden Ferrosulfat. Wurde das Präparat vor der RW-Färbung mit 1 %iger Sublimatlösung vorbehandelt, so entstand auch hier das RW-Bild rascher als in gewöhnlichen Präparaten. Auch hierbei hoben sich die Gonokokken als stark blau gefärbte Gebilde ab. Den Metallen scheint daher ein katalytischer Einfluß auf das Entstehen des RW-Bildes zuzukommen. In dem mit einer 1 %igen Albarginlösung 5 Minuten lang vorbehandelten Präparat waren nicht nur die Leukozytenkerne stark gebläut, sondern auch die erfahrungsgemäß bei dieser Behandlung längst abgetöteten Gonokokken.

Auf das Zustandekommen der Pappenheim-Unnaschen Färbung der Gonokokken hatte die Vorbehandlung mit Reduktionsmitteln keinen Einfluß. Die Gonokokken färbten sich nach wie vor leuchtend rot. Veränderungen waren nur an dem Protoplasma der Leukozyten wahrzunehmen, das sich im Gegensatz zu dem unbehandelten Präparat nach dem Behandeln mit starken Reduktionsmitteln (Pyrogallol) rosa färbt, so daß das ganze Präparat schon makroskopisch rosa erscheint im Gegensatz zu dem mehr blauvioletten Farbenton des nicht vorbehandelten Pappenheim-Unnaschen Präparates.

Zusammenfassung.

Aus den vorliegenden Untersuchungen ersieht man, daß es tatsächlich gelingt, durch Reduktionsmittel den Gonokokken einen Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen. Eine gleichmäßige Einwirkung der reduzierenden Mittel auf die Gonokokken läßt sich nicht konstatieren. Besonders stark beeinflussen in absteigendem Grade Salvarsan, Pyrogallolkarbonsäure, Pyrogallol das RW-Bild. Diese drei Substanzen verdanken ihren größeren Einfluß gegenüber den anderen, teilweise auch stark reduzierend wirkenden Körpern einer spezifischen Affinität zu den Gonokokken. Aus demselben Grunde kommt auch dem Eikonogen der Monoamidonaphthalsulfosäure noch ein nennenswerter Einfluß zu. Von den Oxybenzolen kommt das Brenzkatechin der Pyrogallolwirkung am nächsten.

Im allgemeinen beeinflussen stark reduzierende Körper mit saurem Charakter das RW-Bild am intensivsten. Das Salvarsan als das am stärksten wirkende Präparat nimmt eine Sonderstellung ein, die es einer

Digitized by Google

seiner Atomgruppen verdankt. Der hohen chemischen Affinität dieser Atomgruppe zu den Gonokokken wegen vollzieht sich hier die Sauerstoffentziehung der Gonokokken bereits nach einer Einwirkungszeit von nur 5 Minuten, während alle anderen Präparate hierzu längere Zeit nötig haben oder in entsprechend höheren Konzentrationen angewandt werden müssen.

Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen.

Nachtrag[1]).

Von

A. V. Knack in Hamburg.

Durch eine nachträgliche Besprechung mit Hrn. Oberarzt Dr. Haenisch wurde ich auf eine Entstehungsmöglichkeit der „kontralateralen" Alopezie hingewiesen, die ich in der Originalarbeit (Dermat. Wochenschrift, 1915, Nr. 34) übersehen hatte. Es handelt sich nach der Auffassung von Hrn. Dr. Haenisch in Fall I und III um eine Röntgenalopezie. Da bei Schädelaufnahmen die erkrankte Seite auf der Platte aufliegt, wird die gesunde Seite von der direkten Strahlenwirkung der durchleuchtenden Röhre getroffen, und hier auf der „kontralateralen" Seite kann gegebenenfalls ein Haarausfall durch Röntgeneinwirkung entstehen. Die scheinbare Häufung dieses temporären Haarausfalls bei Schädeluntersuchungen dürfte einerseits auf die enorm gesteigerte Zahl derartiger Untersuchungen überhaupt während des Krieges, andererseits auf die hierfür erforderliche etwas härtere Strahlung zurückzuführen sein.

In den Rahmen dieser Auffassung paßt nicht Fall II. Die im Status notierte Röntgenuntersuchung wurde erst nach Auftreten der Alopezie gemacht, und nach genauester Nachforschung wurde auch nicht in früheren Lazaretten eine Röntgenaufnahme oder -Durchleuchtung angestellt.

Ich möchte aber nicht anstehen, vorerst meine Arbeit aus der weiteren Diskussion zurückzuziehen. Der Begriff der „kontralateralen" Alopezie dürfte nur aufrecht erhalten werden, wenn es mir gelänge, weitere nicht geröntgte Fälle zu beobachten. Quod di bene vertant.

---

[1]) Das Manuskript dieses Nachtrages ist noch vor Erscheinen der Arbeit von Hrn. Priv.-Doz. Dr. Klausner (Derm. Wochenschr., 1915, Nr. 43) bei der Redaktion eingegangen. Rille.

Digitized by Google

Felix Martin Oberländer †.

Aus Dresden kommt die Trauerkunde, daß Prof. Dr. F. M. Oberländer daselbst, 66 Jahre alt, verstorben ist.

Wenn man versuchen will, die Lebensarbeit des Dahingeschiedenen kritisch zu würdigen, so sind, wie mir scheint, zwei Umstände besonders zu betonen, die auf seine gesamte Entwicklung von entscheidendem Einfluß gewesen sind.

Zunächst, daß es ihm vergönnt war, während seiner Assistentenzeit am städtischen Krankenhaus zu Dresden (1875—1877) Zeuge der ersten Versuche zu sein, die damals Max Nitze über die Beleuchtung der inneren Körperhöhlen anstellte. Nitzes Interesse wandte sich anfangs allen hier in Betracht kommenden Organen gleichmäßig zu — bald freilich beschäftigte ihn in fast ausschließlicher Weise die Blase, für deren Pathologie und Therapie denn auch das Wirken dieses genialen Erfinders epochemachend geworden ist. Das Instrument, welches er, von denselben Prinzipien ausgehend, für die Harnröhre konstruiert hatte, fesselte Oberländers Aufmerksamkeit, der sofort den wesentlichen Fortschritt erkannte, den die Einführung der Lichtquelle ins Körperinnere sowie die Anwendung des elektrischen Lichtes gegenüber den bis dahin geübten Methoden von Désormeaux, Grünfeld u. a. bedeutete. Es schmälert sein Verdienst nicht, wenn man betont, daß er an diesem Instrument keine Neuerungen von grundlegender Bedeutung vorgenommen, sondern es nur durch technische Verbesserungen handlicher gemacht, namentlich aber durch unausgesetzte Arbeit seine praktische Brauchbarkeit erwiesen hat.

Daß er diesen Zweck erreichen konnte, lag aber — und dies halte ich für das zweite entscheidende Moment — daran, daß es ihm gelang, für die Erkrankungen der Harnröhre, deren Verständnis die Urethroskopie erschließen sollte, die Mitarbeit eines so ausgezeichneten pathologischen Anatomen, wie des frühverstorbenen Neelsen, zu gewinnen. Die verfeinerte klinische Beobachtung wurde durch diese gemeinsame Arbeit erst auf eine feste Grundlage gestellt; alle die Begriffe der Epithelwucherung, der lakunären Entzündung, der weichen und narbigen Infiltration, das ganze Verhältnis der chronischen Gonorrhoe zur Harnröhrenverengung konnte in diesen Studien teils neu begründet, teils vollständig revidiert werden.

So schuf sich Oberländer sein eigenstes Arbeitsgebiet. Nicht nur die Diagnostik der Harnröhrenerkrankungen wurde ausgebaut und verfeinert, sondern auch die Therapie ihres empirischen Charakters entkleidet und bewußt den so verschiedenartigen Vorgängen, die sich unter dem Sammelbegriff der chronischen Gonorrhoe verbergen, angepaßt. Der Bruch mit der bis dahin ganz schematisch betriebenen Spül- oder Ätzbehandlung, die Einführung der dilatierenden Apparate bedeuten ein Verdienst, welches nicht gering anzuschlagen ist. Auch wer nicht in allen Einzelheiten seiner Lehre sich anschloß, nicht seinen Standpunkt gegenüber der bakteriologischen Diagnostik, noch auch alle seine therapeutischen Indikationen teilen konnte, mußte doch die Exaktheit seiner Arbeit, das Bewußte seines Vorgehens anerkennen. Diese Anerkennung muß um so lebhafter sein, da Oberländer, fern jedem Lehramte und allein auf seine eigene, sehr umfangreiche praktische Tätigkeit angewiesen, zunächst nicht in der Lage war, seinen Ideen die gebührende Verbreitung zu schaffen. Literarisch vertrat er sie freilich

Digitized by Google

in wiederholten Publikationen — in eingehender Darlegung besonders im Jahre 1888 in seiner Schrift „Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers" (Wien, Braumüller), dann 1890 in einer Arbeit „über die Leistungsfähigkeit des Elektro-Urethroskops" (Int. Zbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane. Bd. 2), weiter in den von ihm bearbeiteten Abschnitten „die chronischen Erkrankungen" und „die Endoskopie der männlichen Harnröhre" im Zuelzer-Oberländerschen Klinischen Handbuch der Harn- und Sexualorgane (Leipzig, F. C. W. Vogel, 3. Band), in seinem Lehrbuch der Urethroskopie (Leipzig, Thieme 1893) und schließlich in zusammenfassender, alle Einheiten genauestens darstellender Form in seinem mit A. Kollmann gemeinsam verfaßten Hauptwerke „Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen" (Leipzig, Thieme, 1900 u. 1905); und neben diesen größeren Schriften gingen noch mehrfach Einzelpublikationen einher, die, wie namentlich die wichtige Mitteilung „Beiträge zur Lehre vom primären Karzinom der Urethra" (Zbl., Bd. 4) wohl geeignet waren, die Aufmerksamkeit auf die Erfolge seiner Methode zu lenken. Dennoch dauerte es lange genug, bis die Elektro-Urethroskopie allgemeineren Eingang fand — daß dies schließlich erreicht wurde, ist dann zum Teil dadurch zu erklären, daß doch einige hervorragende Schüler und Mitarbeiter sich fanden, die in Wort und Schrift lebhaft dafür eintraten — in erster Linie Kollmann, der auch eine rege Lehrtätigkeit entfaltete, ferner Kulisch, H. Wossidlo, Keydel u. a., im Auslande z. B. de Keersmaecker und Verhoogen. Allerdings ist auch der Nitze-Oberländerschen Elektro-Urethroskopie das Schicksal nicht erspart geblieben, daß die Fortschritte der Technik und des Erfindungsgeistes darüber hinausführten: schon der Ersatz des Platindrahts durch die Mignonlampe nach Valentine, mehr noch, namentlich soweit die hintere Harnröhre in Betracht kommt, die Einführung der Irrigations-Urethroskopie durch H. Goldschmidt und deren Modifikationen durch Wossidlo, Vater und Sohn, haben bewirkt, daß das ursprüngliche Instrumentarium Oberländers mehr und mehr außer Anwendung kam. Die grundsätzliche Bedeutung seiner Methodik aber ist geblieben; und als vor einigen Jahren die Deutsche Gesellschaft für Urologie das Thema der Endoskopie auf die Tagesordnung gesetzt hatte, konnte H. Lohnstein mit vollstem Recht darauf hinweisen, daß wir, aller Neuerungen ungeachtet, doch in Oberländer deren eigentlichen Begründer und den energischsten Vorkämpfer auf diesem Gebiete zu verehren hatten!

Es mag vielleicht auffallen, daß Oberländer sich in seinen literarischen Arbeiten kaum je von diesem seinem Gebiete entfernt hat. Aber, es wäre durchaus irrig, wollte man ihn deswegen der Einseitigkeit zeihen — er liebte es zwar, sich in dieser Beschränkung als Meister zu bewähren, aber er verlor darum keineswegs den Blick für das Allgemeine. Wenn man einmal die Geschichte der modernen Urologie schreiben wird, so wird man nicht vergessen dürfen, daß sie, die in Deutschland lange Zeit ein Stiefkind in Lehre und Praxis war und immer nur als Anhängsel der, durch die Brücke der Geschlechtskrankheiten mit ihr verbundenen Dermatologie galt, zum Kampfe um ihre Emanzipation (der ja freilich noch längst nicht zu Ende geführt ist!) vor allem einer literarischen Vertretung, einer Sammelstelle für die zerstreuten Einzelbestrebungen bedurfte. Dies hat niemand früher eingesehen als W. Zuelzer, der zu diesem Behuf sowohl das schon erwähnte klinische Handbuch, als auch das Internationale Zentralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane ins Leben rief. Beide Unternehmungen konnte er nur kurze Zeit leiten — und es ist doch bezeichnend für die ihm gezollte Anerkennung, daß beide an Oberländer übergingen, als Zuelzer im Jahre 1893 verstorben war. Das Handbuch hat nur die eine Auflage erlebt; das Zentralblatt — von 1894 an „Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane" aber blieb sein Lieblingskind, dem er nicht bloß seine redaktionelle Mühewal-

Digitized by Google

tung zuwandte, sondern in welchem er auch kritisch sich oft und gern aussprach. Als später (1897) Nitze in die Redaktion eintrat, erreichte es eine hohe Blüte und Bedeutung — nach seinem Tode wurde es dann mit der von Casper und Lohnstein herausgegebenen Monatsschrift für Urologie zur Zeitschrift für Urologie vereinigt; bis zuletzt hat Oberländer an der Herausgabe dieser führenden Zeitschrift lebhaftesten Anteil genommen. Und ebenso hat ihm die Deutsche Gesellschaft für Urologie ein ehrendes Andenken zu bewahren. Schon vor vielen Jahren hatte er sich für Gründung einer solchen eingesetzt — als es dann, nach mancherlei Mühen, im Jahre 1906 dazu kam, fiel ihm die Ehre zu, die konstituierende Sitzung zu leiten. „Wir haben uns allmählich und sicher, unabhängig von jeder anderen Disziplin, auf eigene Füße und fest zu stellen gewußt, und diese unsere Stellung soll heute durch unsere Gründung nach außen hin dokumentiert werden" — mit diesen Worten gab er seiner Genugtuung über das Erreichte Ausdruck; und die darin liegende Prophezeiung ist in reiche Erfüllung gegangen.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie tagt (oder tagte in Friedenszeiten!) bestimmungsgemäß in der Regel abwechselnd in Berlin und Wien. Wir hatten die stille Absicht, einmal von dieser Regel abzuweichen und hofften, uns in Dresden um den verehrten Freund zu versammeln — er hätte sich dann davon überzeugen können, in wie hoher Schätzung er, wissenschaftlich wie persönlich, bei alt und jung stand. Er selbst freilich wollte, wenn einmal die Rede darauf kam, nie etwas davon wissen — weder sein Alter noch sein Gesundheitszustand schienen ihm die Übernahme solcher Ehrenpflicht zu gestatten. In der Tat, seit Jahren schon konnte man sich nicht verbergen, daß er schwer leidend war, daß er seinen früher so kräftigen Körper nur noch mit Anstrengung aufrecht hielt. Die gewaltigen Ereignisse des Krieges brachten ihm tiefe, seelische Erschütterungen — sein Frohmut, sein herzhafter Humor schwanden dahin; auch ein letzter, in diesem Jahr unternommener Kurversuch in Altheide brachte nicht die gewünschte Erholung. Und so ist nun sein arbeitsreiches Leben beschlossen — seiner Familie und seinen Freunden viel zu früh —, ein Leben aber, welches in der Geschichte unseres Faches viele und unvergängliche Spuren hinterlassen hat!

C. Posner-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Primäraffekt und Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen, bewirkt durch Reinkulturen von Syphilispirochäten, von J. Schereschewsky. (D. m. W., 1914, Nr. 41.) Sch. faßt seine Arbeit in folgender Weise zusammen: Meine Spirochätenreinkulturen bewirken am Hoden und Auge vom Kaninchen syphilitische Veränderungen in einer dem Gewebsvirus gleichen Weise. Spirochätenreinkulturen lassen sich viele Wochen bei 37° und nachträglich bei Zimmertemperatur virulent und rein erhalten. Eine Exzision von Kaninchensklerose hat das Auftreten einer neuen Sklerose zur Folge gehabt. Das Sperma dieses Tieres enthielt dauernd Spirochäten vom Pallidatypus.

E. Brinitzer-Altona.

Die Beteiligung des Nervensystems während des Primärstadiums der Syphilis, von U. J. Wile und J. H. Stokes-Ann Arbor. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 12.) Die Möglichkeit, daß schon recht bald nach der Akquisition eines Primärsyphilids und noch vor dem Manifestwerden von kutanen Erscheinungen sekundärer Art eine Be-

Digitized by Google

teiligung des Nervensystems sich geltend mache, ist durch einige präzise Beobachtungen seitens deutscher Verfasser nachgewiesen worden. Verfasser bringen eine Bestätigung dieser Wahrnehmungen durch einen Bericht über genaue Untersuchungen, welche von ihnen im Verein mit Spezialisten bei sechs Fällen von Primärsyphilid unter besonderer Berücksichtigung des Optikus, des Akustikus und des sonstigen Nervensystems ausgeführt wurden. Bei fünf Patienten wurde die Spinalflüssigkeit untersucht, während bei dem sechsten dies nicht bewerkstelligt werden konnte. Subjektive Erscheinungen von seiten des Nervensystems fehlten bei allen Kranken dieser Serie, und diffuse Lymphadenitis wurde nur zweimal notiert. Dagegen wurden bei fünf der Kranken Symptome von Neuroretinitis vom Ophthalmologen konstatiert, und eine Beteiligung des Akustikus war bei zweien in geringem Grade, bei einem Patienten sogar in ausgesprochener Form vorhanden. Die Befunde an der Zerebrospinalflüssigkeit waren variabler Art. Das Blut gab bei allen (fünf) daraufhin untersuchten Fällen eine positive WASSERMANN-Reaktion.

A. Philippi-Salzschlirf.

Ulcus molle oder Primäraffekt, eine therapeutische Betrachtung, von H. MÜLLER-Mainz. (M. m. W., 1914, Nr. 23.) Die klinische Differentialdiagnose zwischen Ulcus molle und Primärsyphilid ist durchaus nicht immer leicht zu stellen, und Verfasser führt aus seiner eigenen Beobachtung aus der Zeit vor der Entdeckung der Spirochaeta pallida sechs Fälle an, bei denen ein „typisches" Ulcus molle später ernste syphilitische Prozesse im Gefolge hatte. Es ist aber auch bei einem negativen Spirochätenbefund die Möglichkeit gegeben, daß doch eine Mischinfektion vorliege, indem die Spirochäten gar nicht ganz selten erst nach Ablauf einiger Tage so reichlich vertreten sind, daß sie ohne allzu zeitraubende Untersuchungen nachweisbar werden. Es wäre also die NEISSERsche Forderung, daß zweifelhafte Ulcera immer mit zwei oder drei Salvarsaninjektionen behandelt werden sollen, dahin zu erweitern, daß schlankweg alle Ulzera, ob weich oder hart, eine Salvarsanbehandlung erfahren müßten. Daß aber auch ein unanfechtbares Primärsyphilid ausheilen kann, ohne irgend welche weiteren Erscheinungen zu zeitigen, beweist eine sehr präzise, eigentümliche, hier geschilderte Beobachtung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Differentialdiagnose zwischen Angina PLAUT-VINCENTI und Primäraffekt der Tonsille, von R. LÉVY. (The Laryngoscope, Juni 1913.) Verfasser berichtet über einen 24jährigen Patienten, der über Schluckbeschwerden klagte und tonsillare und peritonsillare Schwellung aufwies. Trotz Inzision und lokaler Behandlung nahmen die Beschwerden zu, es entstand auf den Tonsillen ein grauweißer, festhaftender Belag; linksseitige derbe Schwellung der Halslymphdrüsen. Keine Behandlung half, links nahm die Affektion ulzeromembranösen Charakter an; unter dem Belage fand sich eine leicht blutende Oberfläche mit derben elevierten Rändern. Im Exsudat fanden sich fusiforme Bazillen, keine Spirochaetae pallidae. Schließlich klärte das Auftreten eines Exanthems die Situation, und Salvarsan brachte Heilung. Verfasser bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen PLAUT-VINCENTscher Angina und Primäraffekt und kommt zu dem Schlusse, daß diese mit Sicherheit nicht gestellt werden könne; man müsse daher bei jeder ulzerös-membranösen Läsion den weiteren Verlauf abwarten.

R. Frühwald-Leipzig.

Seltenere extragenitale Primäraffektionen, von J. GUSZMANN-Budapest. (Bör-és Bujakórtan, Beilage der Budapesti Orv. Ujság., 1913, Nr. 3.) Verfasser berichtet über folgende Fälle: 1. Primäraffekt auf dem Scheitel. Auf den Genitalien und der Umgebung war keine Spur von Primäraffekten zu finden. Prä- und retroaurikulare Lymphknoten waren auffallend stark gedunsen und verhärtet. Dieser Befund lenkte dann die Aufmerksamkeit auf den Kopf. In der Mitte des Scheitels wurde eine in der Über-

Digitized by Google

häutung begriffene hellergroße, stark infiltrierte erosierte Wunde gefunden. Der Kranke hat sich wahrscheinlich mit einem Kamme oder einer Schere in einem Friseurladen infiziert. Stark infizierende (viel Spirochäten enthaltende) sekundäre Papeln können auf dem Scheitel durch den Friseur lädiert werden, welche dann ausnahmsweise, wenn der Kamm sofort auch auf dem Kopfe eines anderen benutzt wird, zur Infektion Gelegenheit geben können. 2. Primäraffekt auf der Halsseite. 24jähriger Beamter. Drüsenvergrößerung war in der linken submaxillaren Gegend und in der Fossa supraclavicularis auffallend groß. Auf der linken Seite des Halses eine kronengroße, vernarbende, schwach oberflächliche Wunde, deren Basis und Rand stark infiltriert und die Umgebung einigermaßen pigmentiert. Vor drei Wochen bekam er an dieser Stelle einen „Abszeß". Der Arzt sprach diesen als Furunkel an und behandelte ihn mit Bier'scher Glocke chirurgisch. Die Drüsenverhärtung hielt er als Folge der Entzündung. Die Halsdrüsen blieben aber auch weiter fort gedunsen. Es ist wahrscheinlich, daß die Infektion die Folge eines Bisses war. 3. Sieben Primäraffekte auf den beiden Brüsten. Auf der linken Brust der kräftigen, gesund scheinenden Frau unter der Areola mammae nebeneinander, aber voneinander gut isolierte, drei hartinfiltrierte, pergamentartig eingetrocknete Erosionen. Auf der Areola der rechtsseitigen Mammae drei ganz solch harte infiltrierte Erosionen. In beiden Achselhöhlen, namentlich in der linken, harte, schmerzlose, haselnußgroße Drüsen. Die Diagnose wurde durch den positiven Spirochätenbefund bekräftigt. Die Frau säugte vor 5—6 Wochen aus Gefälligkeit ein fremdes Kind, das auf der Lippe Ausschläge hatte. Interessant ist die sehr große Zahl der Primäraffekte.

M. Porosz-Budapest.

Ein bemerkenswerter Fall von extragenitaler Syphilisinfektion, von O. Heinemann-Berlin. (B. kl. W., 1914, Nr. 28.) Verfasser veröffentlicht als Illustration einer weit verbreiteten Unsitte einen Fall von Primäraffekt an Ober- und Unterlippe gleichzeitig, von dem er annimmt, daß er durch In-den-Mund-Nehmen eines fremden Bleistiftes entstanden sei.

E. Klemm-Leipzig.

Primärsyphilid am Finger, von A. J. Gilmour-New York. (J. Am. m. Assoc., 13. Febr. 1915.) Ein 38jähriger Kellner, Schweizer von Geburt, kam mit einem (wie die beigegebene Photographie zeigt) fast das ganze Endglied des Zeigefingers einnehmenden Geschwür zur Aufnahme. Gleichzeitig bestand ein laut Angabe seit drei Wochen bestehender papulöser Ausschlag in größerem Umfang. Die Affektion am Finger war schon etwa vier Monate zuvor als eine schmerzhafte, unbestimmte Schwellung zuerst hervorgetreten und war zweimal in einem Hospital inzidiert und einmal kürettiert worden.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zur Frage der syphilitischen Reinfektion, von Gösta Aahman. (Hygiea, 1914, H. 9, Stockholm.) Verfasser, der das Wort „Reinfektion" in seiner eigentlichen und weiteren Behandlung anwendet, also die sogenannte Superinfektion mit einschließt, berichtet über zwei Krankengeschichten, wovon die erste insofern merkwürdig ist, als der Kranke zu drei verschiedenen Malen mit Syphilis infiziert worden zu sein scheint. Ob hier Superinfektionen vorliegen, läßt Verfasser dahingestellt sein. Der andere Fall bietet dagegen bestimmte Anhaltspunkte für die Annahme, daß der Kranke noch syphilitisch war, als er sich die zweite Infektion zuzog. Mit Hinsicht hierauf schließt sich Verfasser der Ansicht derer an, die verneinen, daß eine syphilitische Reinfektion als absoluter Beweis dafür angesehen werden kann, daß eine vorhergegangene Infektion abgelaufen sei. (Eigenbericht.)

W. Holland-Kristiania.

Beitrag zur Kasuistik der Reinfektion, von Gösta Aahman. (Hygiea, 1915, Bd. 77, H. 7.) Verfasser teilt neue Beobachtungen über den Fall X mit, der früher in der Hygiea (1914, H. 9, S. 525) besprochen worden war. Es gilt einen Fall von

Digitized by Google

klinisch sicher konstatierter erster Syphilisinfektion im Jahre 1901 (Sklerose, Adenitis, Roseola, Schleimhautsekundaria) und ebensowohl konstatierter Reinfektion 1905 (Sklerose, Adenitis, Roseola), und einer dritten Infektion 1911, wo jedoch nur Sklerosesymptome und reichlich Spirochäten nachgewiesen wurden. Der Fall war nicht serologisch verfolgt worden, weder vor 1911, noch während der Inkubationszeit. Abortivkur wurde vorgenommen, und es folgte keine Sekundaria. Seit dieser Zeit (Juli 1912) ist der Kranke klinisch und serologisch gut beobachtet worden. WR ständig negativ; zuletzt 10. VIII. 1914. Am 5. XII. 1913 Sklerosesymptome und wenige Spirochäten, Adenitis, WR negativ. Die Anamnese gibt als wahrscheinliche Infektionszeit Anfang November an. Am 10. XII. WR fortgesetzt negativ, dagegen am 15. XII. und 21. XII. sowie am 4. I. 1915 positiv. Die neuen Sklerosen hatten ganz andere Lokalisation als die älteren. Eine derselben wurde exzidiert. Die mikroskopische Untersuchung sprach für die Diagnose: Primäraffekt. Am 4. I. 1915 wurden spärliche Roseolae konstatiert; am selben Tag erhielt der Kranke Salvarsan 0,40 intravenös. Einen halben Tag darauf lebhafte Herxheimer-Reaktion, die die Roseolae viel reichlicher und deutlicher hervortreten ließ, was Verfasser für einen weiteren Beweis dafür ansieht, daß hier auf eine neue Reinfektion geschlossen werden muß. In diesem Zusammenhang erwähnt er einen anderen Reinfektionsfall von theoretischem Interesse, jedoch mit unvollständiger Beweisführung. (Eigenbericht.) W. Holland-Kristiania.

Zweimalige Abortivheilung der Syphilis bei Reinfektion nach zwei Jahren, von E. Hoffmann-Bonn. (M. m. W., 1914, Nr. 41.) Die Hauptpunkte bei dieser vom Verfasser als ein einwandfreies Beispiel von syphilitischer Reinfektion und zweimaliger völlig erfolgreicher Abortivbehandlung veröffentlichten Beobachtung sind folgende: ein 39jähriger, nicht sehr widerstandsfähiger Kaufmann wurde bei negativem Wassermann und positivem Spirochätenbefund des Primäraffektes mit 24 Inunktionen zu je 4 g, drei Injektionen Altsalvarsan (in Summa 0,862) und einer Einspritzung von Hg salicyl. behandelt. Die durch sechs Monate hindurch fortgesetzte Kontrolle durch Blutprüfung blieb negativ, auch nach einer provokatorischen Salvarsandosis von 0,4 g. Nach Ablauf von zwei Jahren und zwei Monaten nach Beendigung der Kur stellte sich Patient wieder ein mit einem frischen spirochätenhaltigen Ulkus an einer anderen Stelle als bei der ersten Erkrankung und frischer Lymphdrüsenschwellung. Auf Verabreichung von Altsalvarsan (1,95) und Ungt. ciner. (168 g) erfolgte abermals völlige Heilung.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

In Zürich ist eine außerordentliche Professur für Dermatologie und Syphilis begründet worden.

Regimentsarzt Dr. W. Lehmann-Stettin wurde mit dem Ritterkreuz I. Kl. des sächs. Albrechtsordens mit Schwertern und dem Eisernen Kreuz I. Kl. ausgezeichnet.

Dr. Richard Loeb-Köln hat das Eiserne Kreuz I. Kl. erhalten.

Dr. Ernst Hummrich, Assistent der dermatologischen Klinik von San.-Rat Dr. Fabry in Dortmund, Ritter des Eisernen Kreuzes, ist am westlichen Kriegsschauplatze gefallen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

20. November 1915 | Nr. 47 | Band 61

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille).

Über im Deutschen Reiche autochthon entstandenen Favus.

Von

N. I. Goldkraut.

(Mit 2 Abbildungen.)

Obschon ausführlichere statistische Angaben über die geographische Verbreitung des Favus, die sicherlich sehr erwünscht wären, in der Literatur nicht vorliegen, kann man doch sagen, daß das Vorkommen dieser parasitären Erkrankung in den einzelnen Staaten ein höchst verschiedenes ist. Auch ist wiederum in den von Favus heimgesuchten Ländern die Frequenz der Fälle je nach den einzelnen Distrikten eine sehr wechselnde.

Wenn Bodin recht hat, ist der Favus hauptsächlich eine Erkrankung der gemäßigten Zone.

Es ist aber aus den Arbeiten von Danielssen und anderer bekannt, daß die in Rede stehende Mykose auch in Norwegen oft genug zu beobachten ist. So hat Hiorth[1]) noch 1888 in Kristiania unter 4015 Schulkindern 62 favuskranke gefunden, in Hallingsdal sogar 90 pro mille und in Gols Herred 150 pro mille.

In den Vereinigten Staaten von Nordamerika ist der Favus, wie erst dieser Tage J. E. Lane-New Haven, Conn.[2]) hervorgehoben hat, nichts Seltenes, so daß dort jederzeit ein paar Fälle in den Hautkliniken behandelt werden. Im Gegensatz zu Europa, wo er mehr eine Erkrankung der Landbevölkerung vorstellt, findet er sich in der Union aber vorwiegend in den größeren Städten.

In England ist die Krankheit sicherlich ganz außerordentlich selten, und es rechnete Radcliffe Crocker[3]) einen Fall von Favus auf 2000 Hautkranke aller Kategorien seines eminent großen Krankenmaterials, wogegen McCall Anderson für Schottland die ansehnliche Ziffer von 31 unter 2000 angibt.

[1]) Hiorth, H., Norsk Magazin f. Laegevidenskab, 1888, Nr. 2 und 3; Ref. Mh. f. pr. Derm., 1888, Bd. 7, S. 650. — [2]) Lane, Two Favus Families. J. Am. m. Assoc., 16. Oktober 1915, Bd. 65, S. 1362. — [3]) Crocker, H. Radcliffe, Diseases of the skin. Third edition, London 1903, Bd. 2, S. 1192.

Digitized by Google

Über die Verhältnisse in Frankreich besitzen wir allerdings sehr eingehende zahlenmäßige Angaben, welche sich in mehreren wichtigen Publikationen von Feulard [1]) niedergelegt finden. Aus ihnen geht hervor, daß der Favus etwa ebensohäufig vorkommt, wie die dortselbst recht gewöhnlichen Trichophytien. So wurden nach den Angaben dieses Autors jährlich etwa 1000 meist der Landbevölkerung angehörige Stellungspflichtige ihres parasitären Leidens halber zurückgewiesen, eine Zahl, die sich seither allerdings wiederum ganz beträchtlich vermindert haben soll. Wir zitieren nur nachfolgende Daten:

von	1876	bis 1880 . . .	1541	Fälle
„	1881	„ 1885 . . .	1399	„
„	1887	„ 1861 . . .	964	„

Speziell im Departement Herault (Languedoc, Südfrankreich) soll noch 1864 die Krankheit so verbreitet gewesen sein, daß auf 1000 Bewohner 20 Favuskranke kamen. Die Verbreitung des Favus in Frankreich ist eine sehr ungleichmäßige. Während die Departements im Osten und im Zentrum des Landes nur ein geringes Kontingent stellen, ist dafür die Zahl der Favösen im Süden und Nordwesten der Republik eine sehr ansehnliche.

Instruktive Mitteilungen über die territoriale Ausdehnung des Favus finden wir in einem Berichte von Rille [2]).

Hier wird speziell auf die offenbar nicht geringe Häufigkeit des Favus in Holland verwiesen; wenigstens gehe dies aus den Publikationen von Munnich und von van Haren Noman in Amsterdam hervor, welch letzterer innerhalb zweier Jahre nicht weniger als 96 Fälle behandelt habe.

Rille bringt mit dieser Nachbarschaft auch die ansehnliche Ziffer von 13 Fällen in Zusammenhang, welche an der nächstbenachbarten reichsdeutschen Universitätsklinik in Bonn während eines Jahres (1891) beobachtet worden sind.

Daß der Favus in Spanien und in Italien nicht gerade eine Seltenheit darstellt, lehren verschiedene aus diesen Ländern vorliegende Spezialarbeiten, sowie Abbildungen in dermatologischen Atlanten (z. B. von Olavide [3]).

Ganz außerordentlich reichlich verbreitet ist der Favus auf Sardinien, von woher wir Mibelli [4]) seine eingehenden anatomischen und parasitologischen Untersuchungen dieser Erkrankung verdanken. Frocco [5])

---

[1]) Feulard, Le favus et la pelade en France (1887—1892). II. internat. Derm.-Kongr., Wien 1892, S. 393 ff. — [2]) Rille, Drei Fälle von Favus. Wissensch. Ärztegesellsch. Innsbruck, 24. 11. 1900. W. kl. W., 1901, Nr. 12. — [3]) Olavide, Dermatologia general y clinica iconografica. Madrid 1871. — [4]) Mibelli, Sul favo. Giorn. ital. delle mal. vener. Gingro 1892. — [5]) Frocco, Le tricofizie a Venetia. Giorn. ital. delle mal. vener., Bd. 51, 1910.

Digitized by Google

gibt an, daß er 1905—1908 im Krankenhause zu Venedig nicht weniger als 141 Favusfälle behandelt habe. Auch Rille beobachtete während seiner Tätigkeit an der Innsbrucker Hochschule einen und den anderen aus Oberitalien stammenden Favusfall.

Als das eigentliche Favusgebiet ist aber der Osten und Süden Europas zu bezeichnen, also Rußland und insbesondere Galizien und Russisch-Polen, sowie die Balkanhalbinsel.

Speziell hat die von der österreichischen Regierung unter Isidor v. Neumanns Ägide durchgeführte Assanierung Bosniens und der Herzegowina die ausgedehnte Verbreitung dieser Mykose dortselbst dargetan. So hat Glück[1]) im östlichen Teile des Landes, wo es an Serbien grenzt, Distrikte mit 40—95 Favuskranken pro mille gefunden.

Was das übrige Österreich, von Galizien und Bosnien abgesehen, betrifft, so sind es insbesondere die Gebirgsprovinzen wie Tirol und Kärnten, welche die meisten Favuspatienten beherbergen und über welche Rille auf Grund persönlicher Wahrnehmungen genauere topographische Angaben gemacht hat.

Neben England ist wohl das Deutsche Reich derjenige europäische Staat, welcher die wenigsten Favuserkrankungen aufzuweisen hat. Was die Universitätskliniken betrifft, so gelangen an den am weitesten östlich gelegenen, wie in Königsberg und Breslau, infolge des Zuzuges aus Rußland und Polen die meisten Fälle zur Beobachtung. In Mitteldeutschland ist der originäre Favus eine große Rarität geworden, und an der Leipziger dermatologischen Klinik mit ihrem quantitativ so sehr stattlichen Krankenmaterial vergehen oft zwei bis drei Semester, ohne daß Gelegenheit ist, einen Fall dieser Art didaktischen Zwecken nutzbar zu machen.

Dank der modernen wissenschaftlichen Hygiene und insbesondere der Hebung des ökonomischen Niveaus weiter Volkskreise ist der Favus, die „ausgesprochene Armeleutekrankheit", in Deutschland so sehr selten geworden.

Nichtsdestoweniger sind auch hier im Laufe der letzten Jahre vereinzelte Fälle zu sehen gewesen, welche keineswegs aus den Favusdistrikten zugewandert waren und entschieden als „autochthon" entstandener Favus angesehen werden mußten. Es wäre aber trotzdem möglich, daß infolge der in den letzten Jahren stattfindenden regen Einwanderung, namentlich aus dem Osten, der Favus bis zu einem gewissen Grade wieder an Boden gewinnen könnte — nicht zu reden von den jetzigen Kriegszuständen.

[1]) Glück, Leop., Zur Statistik, Ätiologie und Prophylaxe des Kopfgrindes in Bosnien und der Herzegowina. Jahrb. d. bosn. herzeg. Landesspitals in Sarajevo. Wien 1898, S. 564—570.

Digitized by Google

In Wien speziell, wo Ende der neunziger Jahre nach der Angabe von Kaposi kaum zwei Favi pro mille Hautkranker zu zählen waren, scheint, wie dies Rille[1]) bereits 1900 ausgesprochen hat, die Zahl der als autochthon zu bezeichnenden Favusfälle entschieden wieder in Zunahme zu sein, übrigens gerade in solchen Stadtbezirken, in welche polnischer Zuzug kaum erfolgt.

Für die Beurteilung solcher sporadischer Fälle kommt endlich noch ein anderer Gesichtspunkt in Frage.

Wenn auch die Ansteckung mit Favuspilzen wohl zu allermeist von Mensch zu Mensch erfolgt, so ist es doch bekannt, daß auch bei Hunden und Katzen, Mäusen und Kaninchen, gleichwie beim Haushuhn Favus vorkommt. Es ist daher eine Übertragung von Tieren auf den Menschen nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern sogar experimentell erwiesen.

Sehr bemerkenswerte, auch durch kulturelle Untersuchungen gestützte Beobachtungen liegen nach dieser Richtung von Bruno Bloch[2]) vor. Dieser beobachtete fünf aus Basel stammende Fälle, bei welchen eine eigentümliche Abart des Favuspilzes zu finden war, welchen er wegen der Farbe der Kulturen Achorion violaceum nannte und der als dritter vom klassischen Achorion Schönleinii sich unterscheidender Pilzstamm dem Achorion Quinckeanum und dem Achorion gypseum von Bodin sich anschließt.

Alle diese Kranken gaben auf Befragen an, daß in ihrem Hause zahlreiche und überdies mit eigenartigen Hautveränderungen behaftete Mäuse vorhanden seien. In der Tat erwiesen sich diese Mäuse als an typischem Favus erkrankt, aus welchem sich der vorhin erwähnte Pilz gleichfalls züchten ließ. Hier läge somit ein neues typisches Beispiel für die Übertragungsmöglichkeit einer epidemischen Krankheit vom Tiere auf den Menschen vor, wie dies übrigens schon für das Achorion Quinckeanum nachgewiesen worden ist, welches zumeist von Mäusen auf den Menschen übertragen werden soll. Die so entstandene Krankheit kommt vorzugsweise bei Müllern vor und kann dann nach Chajes von Mensch zu Mensch weiter verbreitet werden.

Ob aber dieser von Bloch angenommene und für seine Fälle gewiß nicht zu bezweifelnde Infektionsmodus für alle oder auch nur für die meisten der in Deutschland ab und zu vorkommenden sporadischen, auf unaufgeklärte Weise entstandenen Favusfälle zutrifft, muß freilich dahingestellt bleiben. Insbesondere für die von uns später mitzuteilenden, einschlägigen Fälle der Leipziger Klinik halten wir diese Übertragungsart dennoch für höchst fraglich. Es ist nun allerdings in unseren Fällen

[1]) Rille, l. c. — [2]) Bloch, Die Trichophytien und verwandte Pilzkerkrankungen der Haut. Korr. Bl. Schweiz., 1912, Nr. 1.

Digitized by Google

nicht allemal mykologisch-kulturell untersucht worden, sicherlich aber unterscheiden sich jene in klinischer Beziehung in keiner Weise von dem hergebrachten allbekannten Bilde des Kopffavus, wogegen einzelne von Blochs Fällen doch nicht unerhebliche Abweichungen hiervon dargeboten zu haben scheinen. Zweimal lag die bekannte Kombination von Kopf- und Körperfavus, letzterer unter dem Bilde des von Köbner bekannt gemachten, sogenannten herpetischen Vorstadiums des Favus vor, einmal bestanden tumorartige Herde und in einem weiteren Falle Herpes vesiculosus.

Auch in unseren Fällen bestanden hin und wieder an Stamm oder Extremitäten die bekannten rosaroten, feinschuppigen, an Herpes tonsurans erinnernden Effloreszenzen. Unserer Meinung nach dürfte es aber zu weit gehen, jeden derartigen Fall auf eine Mäuseinfektion zu beziehen, da dieses herpetische Vorstadium bei mit Kopffavus behafteten Individuen überhaupt ungemein häufig vorkommt, aber gewöhnlich übersehen oder gleich dem ebenfalls nicht seltenen Nagelfavus unrichtig gedeutet wird. Beweis hierfür ist insbesondere die interessante Beobachtung Rilles[1]) bei einem achtjährigen Knaben mit alleinigem herpetischem Favusvorstadium an der Schulter in Gestalt eines markstückgroßen, roten, schuppenden Herdes nebst zentralen schwefelgelben Skutulis ohne die geringste Beteiligung des Kapillitium. Hier war die Übertragung sicherlich nicht durch Mäuse, sondern nachweislich im Krankenhause selbst, wo Patient wegen Lupus vulgaris behandelt wurde, von einem mit ausgedehntem Kopffavus behafteten Bettnachbar erfolgt. Es ist überdies, wie Kaposi mit Recht bemerkt, die Quelle jener Favuserkrankungen, welche unter Fomentationen oder auch ohne solche, gleichsam genuin entstehen, bisher noch gar nicht nachgewiesen.

W. Fischer[2]) teilt eine Reihe von Fällen von Mäusefavus beim Menschen mit, die sich besonders durch die Variabilität des klinischen Bildes auszeichnen und zeigen, daß Übertragungen des Favus auf den Menschen durchaus keine so seltene Erkrankung darstellen, wie von vielen Seiten angenommen wurde. Abgesehen von zwei Fällen verliefen die Erkrankungen unter dem bekannten Bilde einer superfiziellen Trichophytie. Die Züchtung der Erreger bestätigte aber den Charakter der Erkrankung als Favus.

Von besonderem Interesse ist die von W. Fischer beschriebene Epidemie von zwölf Fällen bei jungen Mädchen, die alle im großen ganzen dasselbe Krankheitsbild darboten:

Die Hautkrankheit fand sich durchweg an im allgemeinen von der Kleidung nicht bedeckten Stellen von Brust, Nacken und Armen. Abgesehen von einem Fall, in dem sich ca. 20 einzelne Effloreszenzen fanden, waren bei den anderen nicht mehr als 1—3

[1]) Rille, l. c. — [2]) Fischer, W., Der Mäusefavus beim Menschen. B. kl. W., 1913.

Digitized by Google

vorhanden. Es zeigten sich zum Teil bis fünfmarkstückgroße, schwach gerötete Herde mit nur leicht eleviertem, 2—5 mm breitem Saum, der mit feinen weißen Schüppchen bedeckt war. Die zentralen Teile waren in einigen Fällen leicht pigmentiert und ohne jede Andeutung von Skutulis. Die jungen Mädchen arbeiteten alle in einem Berliner Putzgeschäfte und hatten unter anderem auch mit Pelzwerk zu tun. Der Ausgang der Epidemie konnte nicht festgestellt werden. Für eine Infektion von Mensch zu Mensch spricht das sukzessive Auftreten der Erkrankung bei den einzelnen Mädchen. Mäuse sollen in dem Geschäfte gleichfalls in reicher Menge vorhanden gewesen sein. Vielleicht waren unter den verarbeiteten Fellen solche von kranken Tieren vorhanden. Der Fruktifikationstypus der jedesmal gezüchteten weißen, flaumigen Kultur entsprach vollkommen dem des Mäusefavus; der Erreger war also in allen zwölf Fällen der gleiche.

In einer kürzlich veröffentlichten Arbeit macht W. Fischer[1]) auch Mitteilung über von ihm in Berlin beobachteten eigentlichen Favus, also nicht Mäusefavus. Er bemerkt, man nehme an, daß in Deutschland autochthone Fälle nicht mehr vorkommen.

Ein 17jähriges Dienstmädchen aus Straußberg bei Berlin war nie im Auslande gewesen und auch nie mit ausländischen Arbeitern in Berührung. Seit Kindheit besteht ein bislang nie behandelter Kopfausschlag: am Scheitel eine handtellergroße schuppende Favusnarbe, welche von bis 1 cm dicken Borken umgeben ist; daneben typische schwefelgelbe Skutula. Die Kultur ergibt Achorion Schönleinii. Die Kranke erklärt ihren Ausschlag für nicht ansteckend, zumal ihre Schwester seit Jahren dieselben Kämme und Bürsten mit ihr gebrauche, ohne krank zu werden.

Ein zweiter Fall betraf einen kleinen russischen Knaben mit einem frischen herpetischen Herd an der Wange, anscheinend durch eine favuskranke Schwester zustande gekommen.

In der dermatologischen Universitätsklinik in Leipzig gelangten in den letzten Jahren die nachfolgenden aus dem Deutschen Reiche stammenden Favusfälle — insgesamt zwölf — zur Beobachtung

Fall I: S. B., 17 Jahre, aus Leipzig, aufgenommen am 23. XI. 1897.

Seit dem vierten Lebensjahre Ausschlag auf dem Scheitel, der mit der Zeit den ganzen behaarten Kopf eingenommen hat.

P. grazil gebaut, schwächlich und geistig etwas beschränkt. Der ganze behaarte Kopf teilweise mit Krusten versehen; an einzelnen Stellen nässend; das Haar fühlt sich trocken an, ist leicht brüchig und verbreitet einen mäuseartigen Geruch. Die Veränderung erreicht an der Stirn die Haargrenze, läßt die abhängigen Teile des behaarten Kopfes an Schläfen und Hinterhaupt frei. Bei Epilation findet man, daß jedes Haar eine große weiße Wurzelscheide trägt; die Krusten sind an ihrer Oberfläche spröde und grauweiß verfärbt, in der Tiefe gelb und von weicher Konsistenz. Die Krusten setzen sich tief in die Haarbälge fort und rufen dort muldenartige Vertiefungen hervor; die ganze epilierte Kopfschwarte erscheint sehr porös.

Nach Umschlägen mit essigsaurer Tonerde überhäuteten die porösen, leicht blutenden Partien der Kopfschwarte; letztere ist glatt und schuppt in dünnen, ziemlich großen Lamellen ab. Die durch die wiederholte Epilation erzeugte kahle Stelle, die dem Bereich der früher erkrankten Partie annähernd entspricht, da die Epilation etwa fingerbreit über die kranke Stelle angelegt wurde, zeigt sich frei von Favusborken; auch

[1]) Fischer, W., Studien über Dermatomykosen in Berlin. Derm. W., 1914, Bd. 59, S. 1398.

Digitized by Google

mikroskopisch Favus nicht mehr nachweisbar. Kopfhaut, bis auf leichte Rötung und geringe Abschuppung, normal.

Fall II: M. R, 20 Jahre, Buchbindersfrau aus Leipzig-Reudnitz, aufgenommen 18. VII. 1900.

Seit 19 Jahren Krusten auf dem behaarten Kopfe, allmählich Verlust eines großen Teiles der Kopfhaare.

Auf dem Kopfe, der sehr dünnen Haarwuchs zeigt, vielfache rundlichovale, gelbliche Borken, die sich oft in Scheiben ablösen lassen. Die Kopfhaut unter den Krusten zeigt eine mehr oder weniger starke Vernarbung und Atrophie von leicht delliger Form. In den Borken massenhaft Favuspilze.

Fall III: S. J., 12 Jahre altes Mädchen aus Leipzig, aufgenommen am 15. I. 1901.

Am behaarten Kopfe scheibenförmige, dicke, weißliche Krusten, unter denen die Haut vielfach der Ausdehnung der Krustenscheibe entspechende narbige, flache Vertiefungen zeigt; einzelne kleinere Krusten von $^1/_2$ cm Durchmesser zeichnen sich durch scharfe Begrenzung, zentrale Depression und gelbliche Färbung aus. Die Haare sind zu einem beträchtlichen Teile verloren gegangen, die noch vorhandenen durchsetzen vielfach, namentlich zentralwärts, die Krusten.

Mit einem Skutulum dieses Falles wurde über eigenes Anerbieten ein Student der Medizin auf seinen Unterarm geimpft. Dortselbst ist ein typischer Favus entstanden und zwar nicht in der gewöhnlichen Form, sondern ein sogenannter Favus turriformis, von dem getrennt weitere Effloreszenzen ausgingen.

Fall IV: D. R., 21 Jahre, Dienstmädchen aus Leipzig, geboren in Nauendorf (Saale-Kreis), aufgenommen 16. Februar 1907 wegen Gonorrhoe. Bei dieser Gelegenheit wird bei der Patientin auch Favus konstatiert, welcher am Kopfe seit der frühesten Kindheit, solange Patientin sich erinnern kann, besteht. Derselbe soll stets im ziemlich gleichen Entwicklungsstadium geblieben sein und hat die Kranke nie wesentlich belästigt. Vor sieben Jahren wurde dieser Kopfausschlag ohne Erfolg behandelt, später hat P. bloß Seifenwaschungen gemacht. Der Bruder der Patientin, jetzt 30 Jahre alt, soll als Schulknabe einen gleichen Kopfausschlag gehabt haben, jedoch nicht so intensiv.

Mäßig gut genährte, anämische Patientin. Auf dem behaarten Kopfe findet sich eine ausgedehnte scharf umschriebene Plaque, die nach hinten bis an den Okzipitalhöcker, nach vorn bis an die Stirn, nach rechts bis fingerbreit oberhalb des Ohres, nach links drei Finger breit oberhalb des Ohres reicht. Die Randlinie ist eine nach außen konvexe. Die Behaarung ist innerhalb des umschriebenen Gebietes etwas schütter, die einzelnen Haare sind nur etwa 5—6 cm lang, von schmutzig-gelblichem bis aschgrauem Aussehen und von eigentümlicher Trockenheit, während die übrigen Kopfhaare lang, goldblond und glänzend sind. Der Haarboden innerhalb dieses Gebietes ist mit ziemlich dicken, diffusen Auflagerungen versehen, die aus schmutziggrauen bis gelblichen, sehr trockenen spröden Massen bestehen, die sehr fest haften. Vielfach sieht man kleine, etwa rübsamengroße, rundliche, flache, schalenartig im Zentrum gedellte Gebilde von exquisit schwefelgelber Farbe, die meist von einem Haare zentriert sind. An einigen etwa $^1/_2$ Markstück großen Stellen, an welchen sich keine Auflagerungen finden, fehlen die Haare gänzlich; die Haut zeigt hier eine bläulichrote Farbe und ist deutlich narbig verändert. Versucht man die Auflagerungen abzulösen, so entstehen kleine napfartig vertiefte, feucht glänzende, leicht blutende Substanzverluste.

Am linken Oberarm im oberen Drittel an der Innenfläche sechs zirka linsengroße Flecken, ziemlich scharf umschrieben, von blaßrosa Farbe, welche auf Druck verschwindet. Die Effloreszenzen zeigen eine weißliche Abschuppung wie bei Pityriasis rosea; nirgends Bläschen. An der ulnaren Seite des linken Unterarmes, im mittleren und unteren Dritte,

Digitized by Google

eine weitere Gruppe von zirka zehn solchen Effloreszenzen; dieselben sind weniger scharf umrissen, auch zeigen einige derselben eine etwas dunklere Schattierung. Auf der Dorsalfläche des linken Unterarmes im unteren Drittel und auf dem Handrücken vier Effloreszenzen derselben Größe, nicht schuppend, mit glänzender Oberfläche. Am rechten Arm finden sich unterhalb der Axilla und oberhalb des Handgelenkes dorsal je zwei linsengroße Flecke.

An beiden Mammae am unteren äußeren Quadranten je ein Fleck, an der linken Thoraxseite drei dicht untereinander stehende Flecken, an der linken Nateshälfte eine Effloreszenz.

Unter beiden Hüftgelenken mehrere hanfkorngroße Flecken, welche im Zentrum zerkratzt und mit Blutkrusten belegt sind, in den peripheren Teilen aber dieselben Eigenschaften zeigen wie die übrigen Effloreszenzen. An den unteren Extremitäten finden sich nur an der Streckseite des rechten Unterschenkels in disseminierter Aussaat mehrere rundliche bläulichrosarote, mattglänzende Flecken, die nur wenig schuppen. Finger- und Fußnägel normal.

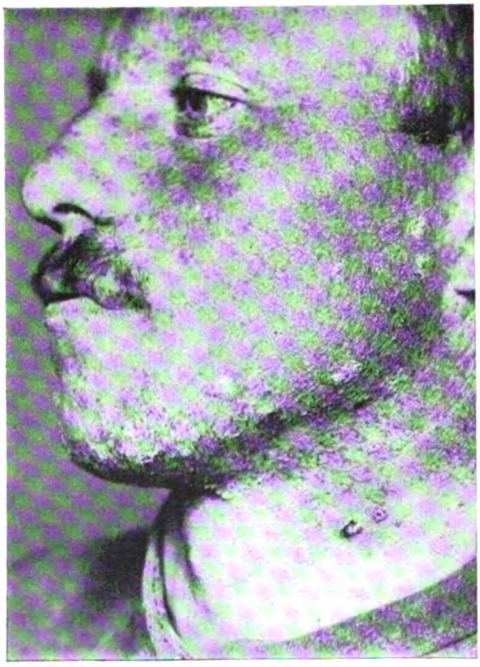


Fig. 1 (Fall V).

Fall V: H. J., 28 Jahre, Arbeiter der Spielwarenbranche, aus Biberach in Württemberg gebürtig, seit Januar in Leipzig, aufgenommen am 2. V. 1907.

Seit 14 Tagen bemerkt Patient leicht schuppende Stellen im Bereich des Bartes. Zwei am Hals befindliche entwickelten sich seit ca. 5—6 Tagen zu schwefelgelben Krusten. Es besteht kein Jucken. Ein Arbeitskollege des Kranken soll einen ähnlichen Ausschlag im Gesicht haben. Patient ließ sich in Leipzig-Lindenau alle 14 Tage einmal beim Barbier rasieren. Ob in der Familie, wo Patient wohnt, irgend jemand in gleicher Weise erkrankt sei, weiß er nicht anzugeben. Mit Hunden, Katzen oder Mäusen ist er nicht in Berührung gekommen.

Kräftig gebauter Patient in mittelgutem Ernährungszustande. Im Bereich des Bartes, links vor dem Ohr über dem Masseter und am Kinn rechts entlang dem ab- und aufsteigenden Unterkieferast, weiter seitlich am behaarten Hals, weniger zwischen Kinn und Schildknorpel, linsen- bis pfenniggroße blaßrote, scheibenförmige unregelmäßige, zackig-buchtig konturierte, fein schuppende Effloreszenzen. Rechts etwa in der Mitte des absteigenden Unterkieferastes eine bohnengroße, mit schwefelgelben, unregelmäßig höckerigen, bröckligen, trockenen Krusten bedeckte Effloreszenz. Links im Bartbereiche am Hals in einem pfenniggroßen geröteten, schuppenden Bezirk hirsekorngroße, schwefelgelbe, kaum über das Hautniveau erhabene, flach dellige, schüsselförmige und konzentrische Schichtung aufweisende, trockene, kreisrunde Effloreszenzen,

Digitized by Google

die im Zentrum von einem Haare durchbohrt sind. Der behaarte Kopf, bis auf eine mäßige, feinblättrige Abschuppung frei, ebenso der übrige Körper. Am Genitale Pediculi pubis. Die Fingernägel am freien Rand wie gesägt oder angenagt aussehend.

In weiterem Verlaufe entwickelten sich links vor dem Ohr und in der Halskinnfurche deutliche mohnkorn- bis linsengroße Skutula, dieselben sind meist von einem Haare durchbohrt; die beiden am Halse befindlichen sind vergrößert und zeigen nach Entfernung der Favusmasse eine feuchtglänzende, napfartige Vertiefung der Haut. Die herpetischen Effloreszenzen schuppend.

Fall VI. T. R., 20 Jahre, Schlosser, aufgenommen am 22. VII. 1907.

Der Hautausschlag auf dem Kopfe besteht, solange sich P. zu erinnern vermag. Er stammt aus Brandis bei Wurzen in der Leipziger Gegend und hat diesen Ort seit dem 13. Lebensjahre nicht verlassen.

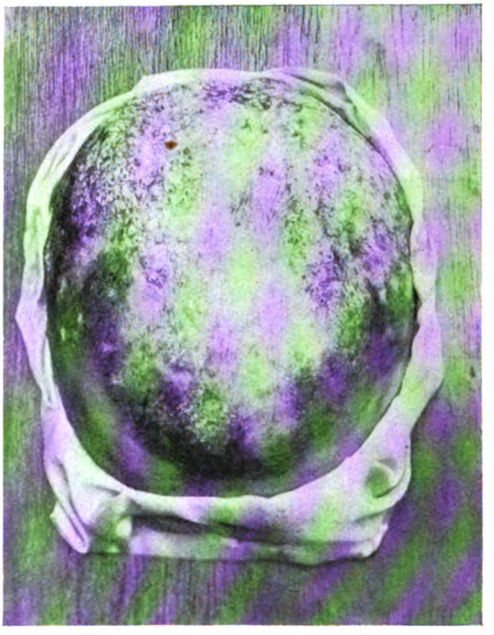


Fig. 2 (Fall VI).

Seine Mutter soll ein ähnliches Leiden gehabt haben; von zehn Geschwistern leiden drei (zwei Brüder und eine Schwester) seit der frühesten Kindheit an demselben Leiden.

Mittelgroßer, kräftig gebauter Patient in gutem Ernährungszustand. Die behaarte Kopfhaut ist fast in ihrer gesamten Ausdehnung von der Stirnhaargrenze bis an den Wirbel einerseits, anderseits bis drei Finger breit oberhalb der Ohren affiziert. In den vorderen zwei Dritteln und den zentralen Partien ist die Kopfhaut narbig, atrophisch. In diesen Bereichen einige gerötete follikuläre Knötchen mit gelblichweißen, dünnen Krusten. Im übrigen ist die Haut mit schmutzigweißen und gelben Schuppenauflagerungen bedeckt. Zwischen diesen befinden sich rübsensamen- bis hanfkorngroße, kreisrunde, schüsselförmige, im Zentrum vertiefte strohgelbe Auflagerungen, die von ein oder mehreren Haaren durchbohrt werden. Dieselben sitzen der Epidermis fest auf, bei Entfernung derselben bleibt ein kleiner lackglänzender, serös nässender, napfförmiger Substanzverlust zurück. An einigen Stellen sieht man die Anfangsstadien dieser typischen Skutula, nämlich durch die oberste Hornschicht durchscheinende gelbe, krebsaugenartige Pünktchen.

Die Affektion macht sich durch den typischen Mäusegeruch bemerkbar.

Im ganzen Bereich der Affektion ist die Behaarung eine sehr schüttere; an einigen Stellen ist es zur völligen Kahlheit gekommen; während im normalen Bereiche des Kapillitium die Haare glänzend, weich und von dunkelbrauner Farbe sind, sind sie im affizierten Gebiet glanzlos, wie abgefressen, leicht brüchig. Die Nägel normal.

Digitized by Google

Fall VII: P. F., 11 Jahre, aus Pragweda in Westfalen, aufgenommen am 16. II. 1912.

Das Leiden besteht seit Ende des ersten Lebensjahres und war angeblich nach dem Impfen aufgetreten.

P. dem Alter entsprechend groß, in mittlerem Ernährungszustande. Fast von der Stirnhaargrenze bis zum Wirbelbereich, lateral bis zwei Querfinger breit oberhalb der Ohren sich erstreckend, befinden sich scheibenförmige, orbikulär begrenzte, scharf umschriebene, bis flachhandgroße blaßrote Erkrankungsbezirke, die mit reichlichen feinkleiigen Schuppenauflagerungen bedeckt sind. Behaarung in diesen Gebieten stark gelichtet. Auch gegen die Nackenhaargrenze hin einige linsengroße Herde.

Unter exspektativer Behandlung (trockenen Verbänden) Zunahme der Schuppenbildung, typischer Mäusegeruch über den Effloreszenzen, sowie Entwicklung napfförmig gedellter Skutula. Die Haut um diese Auflagerungen leicht gerötet. Später Entfernung des Favusrasens mit Pinzette, hierauf Unguentum boricum. Im Bereich der abgeputzten Favusfläche lebhafte Tendenz zu neuerlichen Rezidiven unter Borsalbe. Röntgenbestrahlung. Im Anschluß daran Behandlung der Gebiete mit Unguent. Dreuw. Nach fünfmaliger Röntgenbestrahlung keine Tendenz zur Krustenbildung. Entlassung.

Wiederaufnahme am 28. X. 1912.

14 Tage nach der Entlassung soll das Hautleiden wieder aufgetreten sein. Vom Scheitel nach vorn hin die Haut weißlich zartnarbig. In diesem Narbenbereich die Behaarung äußerst schütter. Seitlich vom Scheitel gegen das Schläfenbereich die früher geschilderten Krankheitsherde, in welche die Haare pinselförmig eingebacken sind. Im Nackenbereich, ferner in der oberen Glutäalgegend, an der vorderen Achselfalte, in den Armbeugen und verstreut an den Oberschenkeln sowie in der Kniekehle bis markstückgroße, blaßrote, unscharf begrenzte, hin und wieder hellrote, feinkleiig schuppende Krankheitsherde.

Behandlung: Außer zehnmaliger Röntgenbestrahlung auch noch Anwendung der Dermolampe. Entlassung in geheiltem Zustande.

Außer diesen sieben Fällen wurde 1903 noch ein weiterer achter Fall von ausgedehntem Favus capillitii, der seit der Kinderzeit bestand und einen etwa 33 Jahre alten Arbeiter aus den Rheinlanden betraf, in der hiesigen Klinik behandelt; es konnte aber die Krankengeschichte nicht aufgefunden werden. Ferner kamen der Poliklinik noch vier Fälle von wohl hierzulande akquiriertem Favus zur Beobachtung, nämlich 1900 zwei Brüder von 13 und 15 Jahren aus Leipzig-Reudnitz mit Kopffavus, sowie 1905 ein 28jähriger Eisenbohrer aus Leipzig-Lindenau mit spontan abgeheiltem Favus, und 1909 ein in der hiesigen Nervenklinik untergebracht gewesener 47jähriger Invalide mit Favus capillitii. Von außerdeutschem, durchwegs bei Polen und Russen beobachtetem Kopffavus standen in der Zeit von 1902—1909 im ganzen elf Fälle in Behandlung, einschließlich drei Hochschüler, welche eigentlich wegen anderer Affektionen die Poliklinik aufsuchten und ausgedehnte narbige Kahlheit zeigten, die zweifellos auf abgelaufenen Favus zu beziehen war.

Digitized by Google

Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.

Von

Dr. B. Pontoppidan,

Assistent am Rudolf Berghs-Hospital in Kopenhagen.

Die ersten Mitteilungen über Fluor albus bei kleinen Mädchen findet man in der Literatur von der Mitte des 18. Jahrhunderts ab, die veröffentlichten Fälle wurden aber als eine Art frühreifer Entwicklung der Genitalien, analog der Menstruatio praecox, betrachtet. Erst zu Ende des Jahrhunderts wurde der Ausfluß als ein wirkliches krankhaftes Symptom, allerdings aber wieder unter dem Einflusse der Identitätslehre J. Hunters, von den meisten Autoren gleich der Coryza und Ophthalmoblennorrhoe als kongenitale Syphilis betrachtet. Um die Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde die Krankheit zwar von der Syphilis abgetrennt, aber gleichzeitig die Bedeutung des Genitalflusses bei kleinen Mädchen immer mehr vernachlässigt, indem man die Krankheit von demselben Gesichtspunkte aus wie Ricord die Gonorrhoe im allgemeinen betrachtete, nämlich als katarrhalischen Prozeß ohne spezifische Ursache, als eine durch lokale Irritamente (Oxyuren, Manustupratio o. a.) hervorgerufen, besonders von „skrophulöser Diathese" abhängige Leukorrhoe. Der Name „Vulvovaginitis" wird zum erstenmal in einer Arbeit von Behrend (1848) gebraucht; dieser Autor teilt die Krankheit in mehrere Formen ein, aber erwähnt nichts von gonorrhoischer Infektion. Erst 1860—1870 wurde von englischen Ärzten zwischen „Gonorrhoe" und „Leukorrhoe" bei kleinen Mädchen unterschieden, aber ebenso wie bei der Gonorrhoe des Weibes stets ein direkter genitaler Kontakt als Ursache der „Gonorrhoe" angenommen; gleichzeitig mußte man aber gestehen, daß klinisch kein Unterschied bestand. Erst 1883 wurde von Pott die Auffassung verteidigt, daß die spezifische Vulvovaginitis eine häufige Krankheit im Kindesalter sei, und daß sie am häufigsten indirekt übertragen würde. Trotzdem der Gonokokkus bereits seit 1879 bekannt war, meinte Pott, daß man den Eiter bei dieser spezifischen Vulvovaginitis mikroskopisch von anderen purulenten Sekreten der Schleimhäute nicht unterscheiden könne. E. Fränkel in Hamburg hat 1885 als der erste die Gonokokken im Sekrete gesehen und sie als spezifische Ursache der Krankheit aufgefaßt. In den folgenden Jahren entstanden zahlreiche Arbeiten über diesen Gegenstand, und sprachen sich zumeist gleich wie Fränkel aus.

War jetzt eine gewisse Einigkeit über Häufigkeit und Ätiologie er-

Digitized by Google

reicht, so bestand immer noch eine große Meinungsverschiedenheit über Behandlung, Prognose, Komplikationen und den Zeitpunkt des Einsetzens der Krankheit im Kindesalter. Während z. B. Monod (1893) bei Behandlung mit Sol. kal. hypermang. in 14 Tagen Heilung erzielen wollte, meinten Epstein (1891) und Curbier (1889), daß die Krankheit oft schon bei der Geburt erworben, trotz eingreifender Behandlung noch beim erwachsenen Weibe persistierte. Von Cahen-Brach (1892) wurde eine möglichst schonende Behandlung angeraten, während Gross (1893) unter Kokainanästhesie mit 1 ‰ iger Sublimatlösung die Schleimhaut der Urethra pinselte und die Vagina ausspülte. Mehrere Autoren geben an, daß Komplikationen selten seien, erst Marfan (1900) fand sowohl Metritis, Salpingitis, Peritonitis und Oophoritis, als Ophthalmoblennorrhoe und Arthritis, bisweilen selbst Endokarditis und Pleuritis. Die meisten Beobachter sehen den Ausbruch der Krankheit zwischen dem zweiten und zehnten Jahre, doch wechseln zwischen diesen Grenzen die Angaben beträchtlich.

Eine kurze Darstellung, wie es in unserer Stadt um diese Krankheit steht und wie ihre Prognose ist, dürfte demnach nicht ohne Interesse sein.

Die in Kopenhagen vorkommenden und im Hospitale behandelten Fälle von Vulvovaginitis infantum sind in den beiden großen venerologischen Abteilungen der Stadt (Rudolf Berghs-Hospital und IV. Abteilung des Kommunehospitals) behandelt worden. Bei Durchsicht der Jahresberichte dieser Abteilungen werden in den Jahren vor 1884 überhaupt keine Fälle von Vulvovaginitis infantum gefunden. Erst in diesem Jahre sind drei Kinder unter dieser Diagnose behandelt worden. 1885 bis 1890 sind jedes Jahr durchschnittlich fünf Mädchen in Behandlung gewesen; es wurde notiert, daß die Krankheit von Unreinlichkeit und Masturbation stammen dürfte, und daß man vergebens nach Gonokokken im Sekrete gesucht habe. 1891 wurde zum erstenmal eine Trennung zwischen Vulvovaginitis gonorrhoica und simplex vorgenommen und 9 und 15 Kinder sind wegen dieser Krankheit behandelt worden; es findet sich die Bemerkung, daß die Unterscheidung zwischen beiden Affektionen schwierig oder unmöglich sei und gleichgültig für die Behandlung, die immer eine langwierige ist.

In den folgenden Jahren wurden jedoch die Gonokokken in den meisten Fällen nachgewiesen, und gleichzeitig ist eine stetige Zunahme der Patienten zu bemerken. 1896 wurden 20, 1900 bereits 31 und 1903 sogar 50 Patienten behandelt, und in den letzten Jahren sind durchschnittlich 70 Fälle in Behandlung gewesen.

Von Komplikationen wurde 1892 zum erstenmal Ophthalmoblennorrhoe in drei Fällen notiert; später wurden verschiedene Kom-

Digitized by Google

plikationen gesehen, aber nur in geringer Zahl. Unter 779 seit 1896 in Behandlung gewesenen Fällen wurde gefunden:

24 mal Bartholinitis,
10 „ Proktitis,
7 „ Ophthalmoblennorrhoe,
7 „ Arthritis,
5 „ Salpingitis,
1 „ Endometritis,

im ganzen 54 Fälle mit Komplikationen oder 6,8 %.

Um etwas über die Prognose zu erfahren habe ich sämtliche Journale der letzten sieben Jahre durchgesehen, um die Adressen der Kranken zu ermitteln. Dies ist in 79 Fällen (ca. 22 %) gelungen. Nur 17 von diesen konnten untersucht werden, aber in keinem Falle war mehr Gonorrhoe vorhanden. Was die übrigen 62 betrifft, so waren deren Mütter so sehr von der völligen Genesung ihrer Kinder überzeugt, daß sie eine Untersuchung als unnötig verweigerten.

Von diesen 62 Patienten waren 15 ein- oder mehrmals kürzere oder längere Zeit nach der Entlassung aus dem Hospitale ärztlich untersucht und gesund befunden worden. Eine Patientin war im Hospital wegen eines Rezidivs und eine war neulich entlassen nach einem Rezidiv im Jahre 1914. In zwei Fällen sind die Patienten im Jahre 1907 und 1909 mit positivem Gonokokkenbefund nach einer Krankenhausbehandlung von 78 und 16 Tagen entlassen worden, später sind sie zwar nicht mehr in Behandlung gewesen, doch zeigten sie auch mehrere Jahre später keinerlei krankhaftes Symptom, was dafür spricht, daß die Krankheit auch ohne Therapie eine Neigung zur Genesung hat.

Die 318 Patienten, die 1907—1913 eine Behandlung durchgemacht haben, sind größtenteils nur einmal im Hospitale gewesen, jedoch sind

43 Fälle 2 mal
6 „ 3 „
1 Fall 4 „
und 3 Fälle 5 „

in Behandlung gewesen. Die Majorität (70 %) der einmal behandelten Fälle ist zwischen 20 und 110 Tagen im Hospitale behandelt worden, während 55 % 20—70 Tage in Behandlung waren. Die mehrmals behandelten Patienten sind bei jedem Aufenthalte durchschnittlich ebenso lange im Hospitale gewesen als die bloß einmal behandelten Patienten.

In den meisten Fällen war es augenscheinlich ein Rezidiv, wenn die Patienten zum zweiten- oder drittenmal in das Hospital nur wenige Wochen nach der Entlassung kamen; in einigen Fällen aber betrug das Intervall zwischen den beiden Hospitalsaufenthalten mehrere Monate bis

Digitized by Google

zwei Jahre, und die Möglichkeit einer Reinfektion scheint hier die naheliegendere zu sein.

Ebenso wie in anderen Städten rekrutieren sich hier die meisten Patienten aus den ärmeren Bevölkerungsklassen. Hierdurch wird zwar die allgemeine Bedeutung der schlechten hygienischen Verhältnisse klar gemacht, den Infektionsmodus jedoch genauer zu bestimmen ist nur in sehr wenigen Fällen gelungen. Nur in ein oder zwei Fällen war von Stuprum die Rede.

Das Alter der Patienten variiert zwischen einigen Monaten und 14 Jahren. Graphisch dargestellt würde die Anzahl der Patienten in den verschiedenen Altersklassen eine Kurve bilden, deren steile Crus ascendens beim zweiten Jahre sein Maximum erreicht, während von hier die Kurve wieder herabfällt — erst schroff, später mehr allmählich.

Die Behandlung bestand bei uns, wie wohl auch anderwärts, in Applikation von Lapis und anderen Argentumpräparaten, die Konzentration der Lösungen aber hatte im hohen Grade gewechselt, wie auch die Applikation auf verschiedene Weise vorgenommen wurde (Injektionen, große Irrigationen usw.); auch Sol. Kal. permang. und Ichthyol-, Resorzin-, Zink- und Kupferlösungen sind einigemal als Therapeutika angeführt.

Resümee: Die gonorrhoische Vulvovaginitis ist im Kindesalter eine häufige Krankheit, die meist, durch indirekte Infektion hervorgerufen, im zweiten Lebensjahre beginnt. Die Behandlung dauert in der Regel mehrere Monate, bisweilen mit Exazerbationen und Remissionen selbst mehrere Jahre; das Resultat scheint aber in allen Fällen Genesung zu sein, und es ist nicht anzunehmen, daß die Krankheit sich bis in das erwachsene Alter fortsetzt.

Bücherbesprechungen.

Über die sexuelle Verantwortlichkeit, von Touton-Wiesbaden. (Flugschrift der D. G. B. G., Heft 10. Leipzig 1915, Joh. Ambr. Barth.) Auch dieser Vortrag wird viel Segen stiften, falls für seine Verbreitung Sorge getragen wird; hoffentlich ist er bald in allen Schulbüchereien anzutreffen. S. Levy-Hamburg.

Wie schützen wir uns vor den Geschlechtskrankheiten und ihren üblen Folgen? von F. Block-Hannover. (Flugschrift der D. G. B. G., Heft 3. Leipzig 1915. Joh. Ambr. Barth.) In hervorragend klarer und eindringlicher Weise belehrt Verfasser über Entstehung, Prophylaxe und Therapie der Geschlechtskrankheiten. Die Schrift, die dem Arzte naturgemäß nichts Neues bietet, erscheint wie kaum eine zweite geeignet, Segen zu stiften; ihre Verbreitung sollten sich weiteste Kreise angelegen sein lassen. S. Levy-Hamburg

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Bedeutung der sekundären Infektion für die Diagnose der Syphilis, von E. M. Corner. (Lanc., 22. August 1914.) Verfasser meint, daß eine sekundär eintretende Infektion die syphilitischen Symptome mehr hervortretend und besser erkennbar macht, z. B. bei Indurationen des Präputiums und Geschwüren im Munde.

H. Boas-Kopenhagen.

Neuere Ergebnisse der Syphilispathologie, von Richard Frühwald. (Klin.-ther. Wschr., 1915, 3—6.) Vorliegende Arbeit aus Rilles Klinik gibt in klarer, übersichtlicher Darstellung bei vorzüglicher Beherrschung des ganzen Materials in kurzen Zügen eine Übersicht über das Wichtigste, was die neueren Forschungsmethoden auf dem Gebiete der Syphilispathologie geleistet haben. E. Brinitzer-Altona.

Verschiedene Typen von Syphilis, von W. E. Robertson und J. V. Klander-Philadelphia. (J. Am. m. Assoc., 16. Januar 1915.) Zur Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems haben Verfasser teils die direkte interspinale Injektion von Neosalvarsan in Dosen von 0,006—0,02 g, teils die Methode von Swift und Ellis, teils eine Kombination von diesen beiden Verfahren angewandt. Die direkte Injektion wurde bei elf Fällen angewandt, doch sind Verfasser der Meinung, daß dies Verfahren wegen der starken Reizwirkung weniger zu empfehlen ist. Für die Injektion von salvarsanisiertem Serum empfehlen Verfasser, die Blutentnahme schon 30—45 Minuten nach der intravenösen Injektion auszuführen. Dies begründen sie durch einige Versuche, bei denen sie das Serum auf die Anwesenheit von Arsenik nach der Abelinschen Methode prüften, und bei denen sie $1^1/_2$ Stunden nach der intravenösen Injektion von 0,9 Neosalvarsan in keinem Falle ein positives Ergebnis erhielten, wohl aber schon nach 10 und 15 Minuten. Im Urin ist allerdings die Reaktion viel länger nachweisbar.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die Kombination von Karzinom, Syphilis und Tuberkulose bei einem und demselben Individuum, von E. Kellert-Boston. (J. Am. m. Assoc., 21. Nov. 1914.) Eine 39jährige verheiratete Frau kam mit einer Anamnese von einer seit etwa drei Jahren bestehenden Schwäche der unteren Extremitäten und später einsetzenden Schlingbeschwerden, sowie einem seit zwei Monaten bestehenden Husten mit Auswurf zur Aufnahme. Es bestanden deutliche, wenn auch nicht sehr hochgradige Zeichen von Tabes dorsalis; eine einmalig ausgeführte Wassermannsche Reaktion fiel allerdings negativ aus, und es wurde jegliche Infektion geleugnet. Patientin hat zwei gesunde Kinder geboren, niemals abortiert. Die Kopfbildung und die Form der Nase legten den Verdacht auf hereditäre Syphilis nahe. Die intra vitam gestellte Diagnose von Lungentuberkulose und Ösophaguskrebs mit Metastasen an Halslymphdrüsen wurde durch die Autopsie bestätigt. Das Rückenmark zeigte Degenerationserscheinungen namentlich an den Gollschen und den Burdachschen Strängen. A. Philippi-Salzschlirf.

Einfluß der Behandlung der schwangeren syphilitischen Mütter auf die postkonzeptionelle Syphilis, von José S. Covisa. (Rev. clin. Madrid, 1. Oktober 1913.) Von neun syphilitischen Frauen, die während der Gravidität mit Neosalvarsan behandelt wurden, gebar nur eine frühzeitig ein totes, syphilitisches Kind; sie war bei der Konzeption infiziert worden und hatte sich sehr spät in Behandlung begeben. Die übrigen

Digitized by Google

acht Frauen gebaren zur normalen Zeit; ein Kind, dessen Mutter ebenfalls sehr spät zur Behandlung gekommen war, hatte syphilitische Erscheinungen. Die übrigen Kinder kamen anscheinend gesund zur Welt; zwei wurden nicht mehr gesehen, drei blieben bei weiterer Beobachtung gesund. Die zwei übrigen zeigten nach zwei bzw. acht Monaten syphilitische Erscheinungen. R. Frühwald-Leipzig.

Die latente Syphilis des Kindes- und Jünglingsalters. Verfasser ungenannt. (Morgagni, 1914, Nr. 66.) Zu kurzem Referate nicht geeignet. R. Frühwald-Leipzig

Gegen die Kindersterblichkeit durch Erbsyphilis, von E. Ehlers. (Scientifica, 1914, Nr. 74.) Im Rahmen eines Vortrages bespricht Verfasser die Entwicklung der Lehre von der Erbsyphilis; er steht auf dem Standpunkte, daß es eine Erbsyphilis ohne Syphilis der Mutter nicht gebe. An der Hand von Tabellen zeigt Ehlers den verderblichen Einfluß der Syphilis auf die Nachkommenschaft und beschreibt das von Welander gegründete Asyl für erbsyphilitische Kinder. R. Frühwald-Leipzig.

Die Laboratoriumsuntersuchung zur Diagnose der Frühstadien der hereditären Syphilis, von C. G. Grulee-Chicago. (Am. J. m. sc., November 1914.) Auf Grund einer kurzen Zusammenstellung aus der Literatur und seiner eigenen Beobachtungen kommt Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Für die Zeit zwischen der Geburt und der Entwicklung klinischer Symptome gibt es für die latente hereditäre Syphilis zurzeit noch keine pathognomonische Reaktion. In diesem Stadium ist die Wassermannsche Reaktion unzuverlässig, und die Bestimmung des Globulins und der Zellen in der Zerebrospinalflüssigkeit gibt nur einen schwachen Anhaltspunkt. Dagegen kann die Langesche Goldchloridreaktion als aussichtsreich bezeichnet werden, und von der Luetinprobe ist zu sagen, daß sie bisher bei Nichtsyphilitischen regelmäßig negativ befunden wurde. A. Philippi-Salzschlirf.

Hereditäre Syphilis mit Bezug auf klinische Psychologie und Psychopathologie, von J. V. Haberman-New York. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 14.) Gibt einen Überblick über den heutigen Standpunkt der Wissenschaft über dieses Thema mit zahlreichen Anführungen aus der Literatur, namentlich der deutschen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Untersuchungen über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei älteren Heredosyphilitikern, von Halina Przedpelska. (W. m. W., 1914, Nr. 12.) Verfasser hat an zehn Fällen von älterer Erbsyphilis, bei denen das floride Stadium schon längere Zeit zurücklag, das Lumbalpunktat untersucht. Es fand sich dreimal Lymphozytose, zweimal Eiweißvermehrung und dreimal positive Wassermannsche Reaktion. Es geht daraus die Wichtigkeit der Liquoruntersuchung bei Erbsyphilis hervor.

R. Frühwald-Leipzig.

Die Späterscheinungen der hereditären Syphilis unter besonderer Berücksichtigung der Arterienerkrankungen, von H. F. Stoll-Hartford. (J. Am. m. Assoc., 31. Oktober 1914.) Die ätiologische Bedeutung der hereditären Syphilis bei sehr vielen sonst unerklärlich erscheinenden Fällen wird vom Verfasser an der Hand von mehreren sorgfältig aufgestellten Krankengeschichten sehr anschaulich bewiesen. Er hat bei 68 Patienten, teils Erwachsenen, teils Kindern (mit Ausschluß von Säuglingen), seine Untersuchung durch Anwendung der Luetinprobe ergänzt und bei 52 auch die Wassermannsche Reaktion ausgeführt; er erhielt mit letzterer 17% und mit ersterer 56% positive Resultate. Bei mehreren der geschilderten Fälle bestätigte auch der gute Erfolg der antisyphilitischen Behandlung auch die Diagnose. Verfasser empfiehlt, sich nicht auf eine der beiden Proben allein zu verlassen, sondern in allen zweifelhaften Fällen alle beide auszuführen. Besonders frappant sind die hier geschilderten Fälle, welche sonst glatt als Herzfehler, Arteriosklerose und auch als Neurasthenie zu deuten waren

Digitized by Google

und nur durch die Anwendung der Luesreaktion ihrem wirklichen Wesen nach erkannt wurden. Bei einigen Kranken schien die Annahme gerechtfertigt, daß sich die Syphilis bis ins dritte Glied fortgepflanzt hatte. A. Philippi-Salzschlirf.

Hämophilie und hereditäre Syphilis, von Rille. (M. Ges. zu Leipzig, 17. Nov. 1914; M. m. W., 1915, Nr. 4.) Wohl infolge der Bluterkrankheit bestand bei einem eine Woche alten Kinde die denkbar schwerste Form von Syphilis haemorrhagica neonatorum, die freilich an sich nichts mit Syphilis zu tun hat. Die Hämophilie war vom Vater ererbt; im Blute kernhaltige Erythrozyten und große mononukleäre Leukozyten. A. Gappisch-Leipzig.

Ein Fall von hereditärer Lues bei einem Erwachsenen, von Dagny Bang-Christiania. (Tidsskrift f. d. norske Laegeforening, 1914, Nr. 24.) Es handelt sich um eine 20jährige Fabrikarbeiterin, deren Mutter sich mit 20 Jahren infiziert hatte (Halsaffektion). Zwei Jahre nach der Infektion hatte sie sich verheiratet; sie hat sieben gesunde Kinder geboren, wovon drei frühzeitig gestorben sind, das erste nach vier Wochen an „Eiterbeulen", eins durch Diarrhoe nach vier Monaten und eins am Keuchhusten. Die Kranke war das zweite Kind, hatte bei der Geburt Schnupfen und war immer „schwächlich". Mehrere Male hatte sie ausgesprochene Symptome von Lues. Ein halbes und ein Jahr alt wurde sie spezifisch behandelt. Mit drei Jahren bekam sie Rachitis, mit sechs Jahren „Geschwüre" im Gesicht, mit elf Jahren ein kraterförmiges Geschwür im weichen Gaumen, und ein Jahr später ein Geschwür am Unterschenkel. Vor 14 Tagen wurde sie heiser und bekam Husten. Gesichtsfarbe „lehmig" (Fournier). Narben an den Mundwinkeln. Nasenschleimhaut normal. Stirn und Ossa frontalia stark entwickelt. Assymmetrie des Gesichts und des ganzen Kopfes. Spur von Hutchinsons Zähnen. Narbe am Gaumen usw. Am Perineum ein torpides Geschwür (Patientin ist virgo), das wie ein zerfallenes Gumma aussieht. Spezifische Behandlung (Jodkalium und Hg) hatte eine schnelle Besserung des ganzen Zustandes zur Folge. Verfasser hebt die Notwendigkeit einer frühen Diagnose hervor, damit die spezifische Behandlung so schnell wie möglich eingeleitet werden kann. W. Holland-Christiania.

Beitrag zur Kenntnis der Leukoenzephalitiden bei Erbsyphilis, von Rinaldo Pellegrini. (Morgagni, April 1914.) Ausführliche pathologisch-anatomische Beschreibung eines 3 Tage alten, rechtzeitig geborenen Kindes einer sicher syphilitischen Mutter. Der Fall ist bemerkenswert durch eine äußerst akute hämorrhagische Enzephalitis mit minimaler Beteiligung der Meningen; in den Blutungen wurden zahlreiche Spirochäten gefunden. Die Plexus zeigten hyaline Degeneration der arteriellen Gefäße. Außerdem fand sich im Herzen eine schwere interstitielle Myokarditis und in einzelnen Zonen eine Entwicklungshemmung der Muskelzellen. R. Frühwald-Leipzig.

Die Nebenniere bei Syphilis congenita, von M. Simmonds. (Virch. Arch., 1914, Bd. 218, H. 2.) An der Hand von 18 untersuchten Fällen von Syphilis congenita kommt Verfasser zu dem Resultat, daß die bei weitem häufigste Veränderung der Nebenniere die Perihypernephritis syphilitica ist. Der Prozeß beschränkt sich nicht auf die Kapsel, sondern ist meist begleitet von einer Randatrophie der Rinde. Die Perihypernephritis kann sich mit entzündlichen Prozessen des Parenchyms, mit gummösen Bildungen und Nekroseherden kombinieren, doch treten alle diese Veränderungen, was die Häufigkeit betrifft, ganz in den Hintergrund. An acht mikroskopischen Textfiguren weist Verfasser die pathologischen Veränderungen der Nebennierenkapsel nach. E. Brinitzer-Altona.

Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Skelettveränderungen bei kongenitaler Syphilis und ihre Heilungsvorgänge, von H. Löhe-Berlin. (Virch. Arch., 1915, Bd. 220, H. 1.) Zur Klärung der Frage, in welcher Weise sich die Reparation der durch die Osteochondritis syphilitica gesetzten Veränderung am

Digitized by Google

Skelett vollzieht, untersuchte L. das Knochensystem von 60 kongenital syphilitischen Kindern, sowohl pathologisch-histologisch, als auch röntgenologisch. Er konnte die bekannte Tatsache nochmals bestätigen, daß in allen Fällen von kongenitaler Syphilis typische Erkrankungen an dem Skelettsystem in Form der Osteochondritis syphilitica sich finden. (Das Röntgenverfahren ist ein den makroskopisch-anatomischen Untersuchungen überlegenes, in klinisch- und pathologisch-anatomischer Hinsicht wertvolles Hilfsmittel, wenn es auch die mikroskopische Untersuchung nie wird ersetzen können.) Als wichtigstes Ergebnis der Untersuchungen muß die Feststellung angesehen werden, daß im histologischen Bilde unbehandelter und behandelter Fälle von kongenitaler Syphilis des Knochensystems sich ein Unterschied insoweit findet, als in den unbehandelten Fällen die Granulationsgewebsherde keine oder doch nur eine ganz verschwindende Zahl von Gefäßen aufweisen, während in den behandelten Fällen die äußerst reiche Vaskularisation durch große und kleine Gefäße in und um die Herde in die Augen fällt.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Syphilis ossea hereditaria tarda, von Riosalido. (Rev. Ibero-Am. ciencias med., November 1914.) Der 23jährige Patient hatte einen stark deformierten linken Unterarm; entsprechend dem unteren Radiusdrittel und dem oberen Drittel der Ulna fand sich eine große Schwellung. Der Arm hatte dadurch „S"-Form. Der Patient zeigte außerdem Degenerationserscheinungen. Verfasser stellte die Diagnose Knochensyphilis, die durch den Ausfall der Wassermannschen Reaktion bestätigt wurde. Die Röntgenaufnahme zeigte Kombination von Hyperostose und rarefizierender Ostitis. Besserung durch antisyphilitische Behandlung. R. Frühwald-Leipzig.

Zwei Fälle von hereditärer viszeraler Spätsyphilis, von V. Bellizzi. (Riforma m., 1915, Nr. 7—8.) Der erste Fall betraf eine 17jährige Patientin, die seit zwei Jahren an abwechselnder Verstopfung und Diarrhoe litt und wegen Leibschmerzen in Behandlung kam. Es fanden sich Leber und Milz enorm vergrößert. Diagnose: Splenohepatomegalia heredosyphilitica. Wassermann positiv, Besserung durch spezifische Behandlung.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine syphilitische Aortitis mit pleuralem Ergusse. Wassermann im Blute und in der Pleuraflüssigkeit positiv. Die Patientin starb. R. Frühwald-Leipzig.

Über die heutige unzureichende Behandlung der Lues congenita, von Ernst Welde-Leipzig. (Ther. Mh., 1914, Nr. 9.) Verfasser hat dem Schicksal von 200 an frischer Säuglingslues behandelten Kindern nachgeforscht. Von 154, die ermittelt werden konnten, waren 118 gestorben, von den übrigen 36 hatten 27 noch spezifische luetische Symptome, nur 9 waren gesund (auch mit negativer WR). Auf Grund derartiger Erfahrungen kommt Verfasser zu der Anschauung, daß die heutige Behandlung der Syphilis congenita unzureichend ist. Die gemeinhin für letztere gestellte üble Prognose sei aber nicht gerechtfertigt. Allerdings ist konsequente jahrelange Behandlung notwendig (sehr ausgiebige Applikation des Salvarsans ebenso wie des Hg). Dann ist es doch sehr wohl möglich, eine dauernd negative WR zu erzielen, wie Nachprüfungen salvarsanbehandelter Kinder ergeben haben. Neben der spezifischen Behandlung sei ebenso wichtig eine zweckmäßige Ernährung (auch künstliche) und die Vermeidung anderweiter Infektionen (des Respirationstraktus). Die der bisher so ungünstigen Prognosenstellung entspringende Indolenz weiter Kreise, auch der gesetzgebenden und Verwaltungsbehörden, gegenüber der Lues congenita sei nicht am Platze, da heute bereits (unbewußt) genügend Geld für luetische Kinder ausgegeben wird, nämlich in den Blinden-, Taubstummen-, Idioten-, Krüppelheilanstalten, deren Insassen, wie serologische Unter-

Digitized by Google

suchungen ergeben haben, zu einem großen Prozentsatz ihre Erkrankung der Lues congenita verdanken. E. Klemm-Leipzig.

Die Behandlung der Lues congenita mit Embarin, von Rom. Monti-Wien. (W. m. W., 1914, Nr. 47.) Auf Grund seiner Erfahrungen meint Verfasser, daß die Salvarsantherapie bei Lues congenita keine besseren Resultate zeitigt als eine Quecksilberbehandlung. Er schätzt die subkutane Einverleibung von Embarin, weil dieses Präparat bei größerem Hg-Gehalt eine relativ geringe toxische Wirkung entfaltet. Bei Säuglingen sind 3—4 und bei größeren Kindern 5—7 Teilstriche einer Grammspritze jeden 2.—3. Tag zu injizieren. Hierdurch lassen sich Merkurialismus und Folgezustände vermeiden. H. Vörner-Leipzig.

Experimentelle Untersuchungen über die Augensyphilis, von G. Colombo. (Annali di Ottalmologia, Bd. 43. Nr. 9—12.) Verfasser glaubt auf Grund der Versuche anderer Autoren und der eigenen Beobachtungen folgendes behaupten zu können: Durch die Inokulation von syphilitischem Virus sowohl von menschlicher wie von tierischer Herstammung in die Augen von einigen Tierarten erhält man in einem großen Teil der Fälle die Entstehung von spezifischen Läsionen. Die zu derartigen Verimpfungen geeignetsten Tiere sind die Affen und die Kaninchen. Bei Kaninchen fällt die Impfung mit Reihenvirus von Kaninchen häufiger positiv aus und erzeugt ausgesprochenere Erscheinungen als die Inokulation mit Virus von anderer Herstammung. Am erfolgreichsten ist die Einimpfung des syphilitischen Virus in die Vorderkammer des Auges: man kann jedoch auch durch die Inokulation in die Dicke der Hornhaut oder in den Glaskörper oder durch Impfung auf die skarifizierte Hornhaut unter der Konjunktiva positive Resultate erzielen. Bei der Einimpfung in die Vorderkammer des Auges entwickelt sich am häufigsten eine parenchymatöse Keratitis: weniger ausgesprochene Alterationen entwickeln sich an der Iris und dem Ziliarkörper (Kerato-Iritis; Irido-Zyclitis). Die Inkubation dieser Prozesse dauert durchschnittlich 3—7 Wochen; sie kann jedoch mehr oder weniger dauern. Diese verschiedene Dauer der Inkubation hängt wahrscheinlich nicht von einer verschiedenen Virulenz des Virus, sondern davon ab, daß verschiedene Spirochätenmengen inokuliert werden. Bei der erwähnten Keratitis sind im Krankheitsherd stets mehr oder minder zahlreiche Spirochäten nachweisbar; zuweilen sind auch im Humor aqueus Spirochäten zu finden. Bei der Iritis wurden Spirochäten im Humor aqueus, aber keine im Regenbogenhautgewebe gefunden; wahrscheinlich ist das darauf zurückzuführen, daß die Keime in der Iris in spärlicher Zahl vorhanden sind. Die Spirochäten kann man in Abschnitten der Hornhautgewebe finden, die eine normale Transparenz haben; bei der Inokulation in die Augenvorderkammer scheinen die Spirochäten in das Hornhautgewebe einzudringen, bevor die Keratitis auftritt. Es kann bis jetzt nicht behauptet werden, ob und wiefern die Toxine eine Rolle bei der Entwicklung der spezifischen Alterationen spielen. Das von spezifischer Keratitis befallene Hornhautgewebe ist infektiös und kann zur experimentellen Syphilisinokulation dienen. Bei der experimentellen Augenlues ergibt die histologische Untersuchung im wesentlichen folgende Alterationen: a) in der Hornhaut: diffuse oder schichtenweise oder in Form von umschriebenem Granulom lokalisierte Infiltrate; Gefäßneubildung und Ödem; b) im korneo-skleralen Gewebe und im Ligam. pect.: Infiltrate; c) in der Iris und dem Corpus ciliare: Gefäßerweiterungen, fibrinöse Exsudate, diffuse und herdweise Infiltrationen, charakteristische Gefäßalterationen und perivasale Infiltrate; d) in der Chorioidea (äquatoriale Gegend): Gefäßdilatation. Die Infiltration besteht fast ausschließlich aus Uninukleiten mit zahlreichen Plasmazellen. Schwere, z. B. destruktive Alterationen der Hornhaut beobachtet man gewöhnlich nicht. Die Veränderungen des kornealen Stromas erfahren gewöhnlich eine vollständige Regression und die Horn-

Digitized by Google

haut nimmt wieder ihre vollkommene Transparenz an; nur ausnahmsweise, wenn die Keratitis einen schweren Charakter hat und länger dauert, können dauernde Hornhauttrübungen zurückbleiben. Nach der Heilung der Keratitis können eine oder mehrere Rezidive eintreten. Die Inokulation in das Kaninchenauge scheint in der Mehrzahl der Fälle nur eine lokale Erkrankung, ohne Invasion des übrigen Organismus zu erzeugen. Zuweilen entwickelt sich hingegen eine allgemeine Syphilisinfektion; das kann auch vorkommen, wenn die Inokulation nicht von der Entwicklung von lokalen Läsionen gefolgt wurde. Inokuliert man Kaninchen syphilitisches Material (oder Spirochätenkulturen) in das Skrotum, die Hoden, die Venen, die Arterien oder das Herz, so entwickelt sich mehr oder minder häufig eine allgemeine Syphilis, die sehr leicht zu Alterationen in den Augen führen kann. Die bisher beobachteten sekundären luetischen Läsionen der Augen bei Kaninchen bestanden in Keratitiden, Kerato-Iritiden und Irido-Zyklitiden. In mehreren Fällen wurden Spirochäten in der Hornhaut und im Humor aqueus gefunden. Diese sekundären Augenläsionen können ausheilen und können auch rezidivieren. Die Antiluetika üben einen sehr günstigen Einfluß auf alle okulären Manifestationen der experimentellen Syphilis aus. Ein Kaninchenauge, in dem sich eine experimentelle Keratitis entwickelt hat und das von derselben anscheinend geheilt ist, kann wieder mit Erfolg inokuliert werden. Dasselbe ist der Fall, wenn das betreffende Tier bei der ersten Inokulation auch in die Hoden oder in die Haut inokuliert wurde. Bei Kaninchen wurde bisher keine natürliche, absolute oder relative Immunität (Anergie) gegen Lues nachgewiesen. Alle Versuche, Kaninchen gegen Syphilis zu immunisieren, sind bis jetzt erfolglos geblieben. Bei der Kaninchensyphilis kann man der WR keinen Wert beilegen. K. Rühl-Turin.

Die Bedeutung der von J. Schereschewsky angeblich durch Syphilisspirochäten hervorgerufenen Keratitis parenchymatosa, von Schieck. (D. m. W., 1914, Nr. 49.) Nach den Versuchen Wesselys und den pathologisch-anatomischen Studien v. Szilys ist erwiesen, daß schon das Pferdeserum ohne jede Beimengung genau die gleichen Veränderungen am Kaninchenauge hervorruft, wie die von Schereschewsky verwendete anaërobe Kultur von Spirochäten in sterilem Pferdeserum.

E. Brinitzer-Altona.

Über ungewöhnliche Hautlues, von William P. Cunningham-New York. (New York m. J., 4. Juli 1914.) C. bringt eine übersichtliche Darstellung über eine Reihe ungewöhnlicher Formen von Hautsyphilis, die bekanntlich die Diagnose oft außerordentlich erschweren und von anderen Dermatosen zuweilen gar nicht oder nur vermittels der spezifischen Reaktionen — wenn diese vorhanden sind — zu unterscheiden sind. Schanker kann sowohl bezüglich Lokalisation wie Form vom Typus abweichen, z. B. nur eine oberflächliche Erosion darstellen, weshalb jeder, mehrere Wochen hindurch bestehender Substanzverlust am Penis auf Spirochäten untersucht und weiterer Beobachtung unterzogen werden soll. Sitzt eine solche Erosion noch extragenital, z. B. auf den Lippen, so wird sie wohl meist für Herpes, am Augenlide für Hordeolum gehalten; gleichzeitige Schwellung der benachbarten Drüsen ist immerhin ein wichtiger Hinweis auf Lues. Schanker können am Nasenwinkel, an der Zunge, Tonsille, Wange, an den Brustwarzen, am Anus, innerhalb der Harnröhre, an den Fingern, kurz überall, wo Haut oder Schleimhaut in Berührung mit dem Infektionsstoff kommen kann, sitzen. Anstatt der gewöhnlichen Sekundärerscheinungen (Roseola mit Schleimhautherden und allgemeiner Drüsenschwellung) kann ein papulöses Exanthem (miliar, klein- oder großpapulös), allein oder in Verbindung mit Roseola, zuweilen außerordentlich abschuppender Art, so daß man eine komplizierende Seborrhoea annehmen könnte, vorhanden sein. Einen wichtigen Fingerzeig bildet die Palpation bei all diesen weniger häufigen Hautsyphiliden:

Digitized by Google

sie liegen gleichsam fest in der Haut und nicht auf derselben. Die Gruppierung der Hauteruption, welche rund, oval oder serpiginös, ebenso wie meist ihre Form, ist von weiterer Bedeutung. Die luetische Eruption kann vesikulär, pustulös oder ulzerierend sein und kann auch gleichzeitig all diese Variationen haben. Sie kann Akne, Psoriasis, Lichen, Impetigo, Dermatitis seborrhoica, Pityriasis rosea, Variola, Lupus erythematosus, Lupus vulgaris und Epithelioma vortäuschen. C. führt einige recht lehrreiche Beispiele dieser Art an, besonders von Verwechslung von Pityriasis rosea und von Variola mit Lues. Syphilis der Handteller wird gewöhnlich für Ekzema gehalten, zumal wenn auch erstere mit Jucken verbunden ist: Ekzema dehnt sich jedoch meist auf Thenar und Hypothenar und die seitlichen Teile der Hand aus, während Lues auf die Innenfläche beschränkt bleibt. Gummata, z. B. der Nasenflügel, werden nicht selten als Lupus vulgaris, solche am äußeren Gehörgang für Otitis media fälschlich behandelt. Das tuberkulöse, ulzerierende Syphiloderma, eine andere Form des Tertiärstadiums, ist eine noch häufigere Quelle diagnostischen Irrtums als Gumma-Verwechslung mit hartnäckiger Akne, mit oberflächlichem Epitheliom. Was schließlich die Hauterscheinungen bei hereditärer Syphilis betrifft, so glaubt Verfasser, daß sie in Zusammenhang mit anderen Symptomen, wie Koryza, Abmagerung, Heiserkeit leicht diagnostiziert werden können. Glücklicherweise haben wir nun in der Wassermannschen Reaktion und in der Dunkelfeldbeleuchtung (Spirochätennachweis) zwei Waffen, welche eine wertvolle Ergänzung des bisherigen diagnostischen Rüstzeuges bilden, aber immerhin, zumal bei ängstlichen Patienten, mit Vorsicht anzuwenden sind. M. Stern-München.

Über das Leukoderma syphiliticum, von A. Pasini. (Morgagni, Oktober 1914.) Allgemeine klinische, histologische und pathogenetische Besprechung des Leukoderma mit Anführung eigener Fälle von entstehendem Leukoderm. Verfasser vertritt die Ansicht, daß das Wesen des Leukoderms in einer netzförmigen Hyperchromie besteht und die weißen Flecke nur eine Kontrasterscheinung darstellen. R. Frühwald-Leipzig.

Latente und tertiäre Syphilis bei Erkrankungen der Nase und des Rachens, von C. R. C. Borden-Boston. (J. Am. m. Assoc., 31. Okt. 1914.) Bei Operationen der oberen Luftwege hat Verfasser mehrfach unangenehme Überraschungen erlebt durch das Vorhandensein einer latenten oder nicht rechtzeitig wahrgenommenen Syphilis, und er macht es seit längerer Zeit zur Regel, alle operativ zu behandelnden Kranken mit der Wassermannschen resp. mit der Noguchischen Reaktion zu prüfen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Tertiäre Ulzeration mit Salvarsan behandelt, von H. Moore. (Dublin J., Mai 1914.) Bei dem Fall war die Syphilis angeboren oder in frühester Kindheit erworben. Die Ulzeration hatte im Halse begonnen und auf das Gesicht übergegriffen, wobei es zur Zerstörung der Nase kam. Durch Salvarsan trat so rapide Heilung ein, daß nach der dritten Injektion schon eine Plastik der Nase mit Erfolg gemacht werden konnte. R. Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Perforation des Gaumensegels und hartnäckige Halsdrüsenschwellung erfolgreich mit Enesol behandelt, von Gaston Poyet u. Jean Tarneaud. (Bull. méd., 1914, Nr. 59.) Die 39jährige Patientin zeigte Entzündung der Rachengebilde und auf der rechten Halsseite ein bretthartes Drüsenpaket, welches vom Warzenfortsatz bis zur Klavikula reichte und auch die ganze Submaxillargegend ergriffen hatte. Die Affektion wurde für tuberkulös gehalten und mit Radiotherapie behandelt; die Kranke kam den Verfassern aus dem Gesichte. Nach einem halben Jahre kam sie wieder; sie zeigte auf der rechten Wange einen 50 centimestückgroßen bläulichroten Fleck, der wie ein erweichtes Gumma aussah. Die Drüsenschwellung war bedeutend stärker. Ferner fand sich am Übergang vom harten zum weichen Gaumen, oberhalb der Uvula, ein

Digitized by Google

kraterförmiges Geschwür mit scharfen, nicht unterminierten Rändern, unebenem Grunde und $^1/_2$ cm Durchmesser. Nunmehr wurde die Diagnose Syphilis gestellt und Jod gegeben; da dieses nicht wirkte, wurden sieben intravenöse Injektionen von 0,15 Enesol in wöchentlichen Abständen gemacht und dadurch völlige Heilung der Gummen und der Drüsenschwellung erzielt. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Syphilis mit ungewöhnlich spät nach der Infektion auftretender positiver WR, von O. Jersild-Kopenhagen. (Ugeskrift f. Läger, 1914, Nr. 33.) Nicht nur weil wissenschaftlich von Interesse, sondern auch weil es praktisch von Bedeutung ist, Abweichungen von der Regel bei einer so bedeutungsvollen Reaktion wie die WR zu kennen, veröffentlicht Verfasser folgenden Fall: 43jähriger Glasermeister zeigte am 9. Februar 1914 am inneren Vorhautblatt ein Geschwür, das schon drei Wochen bestanden hatte; es war erbsengroß, induriert, im Begriff zu heilen. Spirochaeta pallida nachweisbar; kein Ausschlag oder andere konstitutionelle Symptome. 12. Februar: Spirochäten verschwunden. WR negativ, Hermann-Perutz negativ. 2. März: Bedeutende Induration unter dem beinahe geheilten Geschwür. Makulöses Syphilid an den Seitenflächen des Unterleibes. WR negativ, Hermann-Perutz negativ. 9. März: Exanthem sehr stark makulo-papulös am Körper und an den Extremitäten. Subjektiv: Febrilia und Benommenheit. WR negativ, Hermann-Perutz negativ. 13. März: Exanthem unverändert. Periostales Wundsein unter dem rechten Auge. WR positiv, Hermann-Perutz negativ. Es hält sich demnach eine negative WR bis mindestens sieben Tage nach dem Ausbruch des Ausschlages, wo dieser schon makulo-papulös und ausgebreitet war. Die positive WR trat erst in der 11.—12. Woche ein. W. Holland-Christiania.

Ein Fall von schwerer, gegen Behandlung refraktärer Syphilis mit syphilitischer Ischias, von E. A. Sáinz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 1. Oktober 1913.) Ausführliche Krankengeschichte über den im Titel genannten Fall. R. Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege, von A. Blaschko. (D. m. W., 1914, Nr. 40.) Viele Ärzte halten es für unmöglich, den Soldaten den Verkehr mit Prostituierten völlig zu verbieten. Das ist nach der Meinung von B. völlig falsch. In einer Zeit, welche so große Opfer an jeden einzelnen stellt, ist das Verlangen nach Enthaltung vom Geschlechtsverkehr auch für den Soldaten keine allzu rigorose Forderung. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat zur Warnung vor geschlechtlichen Infektionen in Hunderttausenden von Exemplaren ein „Merkblatt für Soldaten" verbreiten lassen. Nur bei Verheimlichung einer beginnenden Geschlechtskrankheit hält B. eine Bestrafung für gerechtfertigt. Um eine Abwanderung der durch den Krieg brotlos gewordenen weiblichen Personen in das Heer der Herumvagabundierenden und der Prostituierten zu verhüten, wird man versuchen müssen, soweit wie möglich, diesen Frauen irgend welche gemeinnützige Tätigkeit, zum mindesten aber Obdach und Nahrung zu verschaffen.

E. Brinitzer-Altona.

Verschiedenes.

Die Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, fand am 24. Oktober in Berlin statt. Prof. Blaschko, der einen Überblick über die vielseitige Kriegstätigkeit der Gesellschaft gab, wies darauf hin,

Digitized by Google

daß die durch den Krieg verursachte Massentrennung von Männern und Frauen mit Notwendigkeit zu einer Zunahme des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und dadurch zu einem Ansteigen der Geschlechtskrankheiten führen müsse, was um so bedauerlicher sei, als unter den Erkrankten sich eine große Zahl von Verheirateten und vom Lande Stammenden, die bisher von den Geschlechtskrankheiten wenig berührt waren, befinden.

Von dieser Erkenntnis ausgehend hat die Gesellschaft vom Beginn des Krieges an eine umfangreiche Aufklärungstätigkeit entfaltet und Millionen belehrender Flugschriften und Merkblätter in den heimischen Garnisonen und im Felde verbreitet, aber sie hat auch in dem Bewußtsein, daß diese Warnungen vielfach in den Wind geschlagen werden, ständig Fühlung mit den Militär- und Zivilbehörden gesucht, um durch geeignete Verwaltungsmaßnahmen eine direkte Einwirkung auf die Herabminderung der Erkrankungsziffer zu gewinnen. Maßregeln wie: Schließung der Animierkneipen und Bordelle, Abkürzung der Polizeistunde und des Abendurlaubs, Schaffung von alkoholfreien Soldatenheimen, Überwachung der Straßenprostitution, der Winkelhotels und Absteigequartiere müssen die Gelegenheiten zur Verführung eindämmen, hygienische Maßnahmen die Infektionsgefahr verringern. Regelmäßige Untersuchung der Soldaten, Zwang zur Prophylaxe, Gelegenheit zur gründlich spezialistischen Behandlung haben auch zu einer wesentlichen Verringerung der Krankheitsziffer geführt. Da jedoch Erfahrungen aus früheren Kriegen uns lehren, daß mit Friedensschluß die Geschlechtskrankheiten wieder stark ansteigen und eine Verschleppung der Krankheiten in die Familie und somit eine Verseuchung der ganzen Nation zu befürchten steht, so wird für die Gesellschaft in Zukunft ein verstärktes Maß von Arbeit zu erwarten sein. Redner gedachte auch in seinem Bericht der beiden großen im abgelaufenen Jahr verstorbenen Männer, welche sich um den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten unsterbliche Verdienste errungen haben: Ehrlich und Fournier.

Im Anschluß daran ergriff Geheimrat Neisser das Wort zu seinem Vortrage „Welche Lehren können wir aus den während des Krieges gewonnenen Erfahrungen für den weiteren Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ziehen?“ Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten ist deshalb so schwierig, weil unzählige Menschen sich nicht ausheilen lassen und zum Teil unbewußt die Krankheit weiter verschleppen, dann aber, weil der außereheliche Geschlechtsverkehr so ungeheuer verbreitet ist. Erweiteruug der Behandlungsmöglichkeit in Hospitälern und Ambulatorien, möglichst kostenfreie Behandlung für den Einzelnen ist die erste Hauptaufgabe. Eine großzügige Organisation schaffen auf diesem Gebiete bereits die Landesversicherungsanstalten, welche für die während des Krieges an venerischen Krankheiten behandelten Kriegsteilnehmer besondere Beratungsstellen einrichten wollen, durch die eine dauernde Überwachung aller Venerischen eingeleitet werden soll. Auch die Krankenkassen sollten ihre Mitglieder einer jährlichen oder besser halbjährlichen ärztlichen Untersuchung unterziehen, um so die unbeachteten und nicht ausgeheilten Geschlechtsleiden einer Behandlung zuzuführen. Damit die Behandlung der Geschlechtsleiden mehr als bisher Sache der praktischen Ärzte werde, müssen diese Krankheiten endlich einer obligatorischen Prüfung im Staatsexamen unterzogen werden. Der großen Verbreitung des wilden Geschlechtsverkehrs wirksam entgegenzutreten, ist unendlich viel schwerer. Natürlich werden wir weiter fortfahren, durch weitgehende Aufklärung belehrend und warnend zu wirken. Aber daß das nicht ausreicht, hat uns wiederum die letzte Zeit gezeigt. Der weitverbreiteten Ansicht, daß geschlechtliche Abstinenz direkt gesundheitsschädlich sei, muß man entgegentreten. Aber man muß sich auch an die nun einmal bestehende Tatsache des stark verbreiteten außerehelichen Verkehrs halten und dessen Gefährlichkeit bekämpfen. Das jetzige im wesentlichen polizeiliche System der Über-

Digitized by Google

wachung der Prostitution muß ein sanitäres werden, die bisher mit der Kontrolle verbundene Entehrung muß fortfallen. Dann wird es möglich, den Kreis der ärztlich Überwachten erheblich zu vergrößern und damit auch die sogenannte heimliche Prostitution zu treffen. Seine persönliche Meinung präzisiert Neisser dahin, daß die Prostituierten in eigener Wirtschaft und Wohnung nur in bestimmten Straßen wohnen sollen, da hierdurch die Überwachung erleichtert, hygienische Vorbeugungsmaßnahmen besser durchführbar, öffentliche Verkehrsstraßen vom Prostitutionsmarkt befreit werden. Auch sollten alle Prostituierten einer regelmäßigen ambulanten Salvarsanbehandlung unterzogen werden, eine Maßregel, die auf Neissers Vorschlag in den eroberten Gebieten jetzt mehrfach mit Erfolg durchgeführt ist. Das allerwichtigste ist und bleibt die Einführung der Schutzmittel. Gewiß ist der auch in Deutschland leider zu konstatierende Geburtenrückgang in erster Linie ein gewollter, daneben aber wird durch die Geschlechtskrankheiten Zahl und Lebensfähigkeit des Nachwuchses stark herabgemindert, die Anwendung der Schutzmittel wird also den Geburtenrückgang keineswegs befördern. Bei dem großen Ausfall heiratsfähiger Männer sind wir nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, alle Mittel und Wege anzuwenden, die zur Gesundung des Volkes beitragen.

Wie Prof. I. F. Schamberg-Philadelphia in einem Schreiben an das Journ. of the Americ. Med. Assoc. mitteilt, ist ihm in Gemeinschaft mit Dr. Raiziss und Dr. Kolmer die **Herstellung von Salvarsan** gelungen, das er auch bereits bei zahlreichen Kranken mit Erfolg angewendet hat. Da infolge des Krieges nur wenig Salvarsan zu haben ist, möchte Prof. Schamberg sein Präparat, das um ein Drittel billiger ist als das bisherige, den amerikanischen Ärzten zur Verfügung stellen und die Einnahmen hierfür wissenschaftlichen Zwecken widmen. Die medizinische Gesellschaft Pennsylvaniens hat sich daher zwecks Erleichterung der Patentschwierigkeiten auch bereits an die Staatsbehörde gewendet.

Die nächste Jahresversammlung der **American Roentgen Ray Society** findet im September 1916 in Cincinnati unter dem Vorsitze von Dr. William A. Evans-Detroit statt.

In Atlanta, Ga., wurde eine **dermatologisch-urologische Gesellschaft** (Atlanta Urological und Dermatological Society) von zunächst 12 Mitgliedern begründet mit Dr. Bernard Wolff, Präsident, Dr. William L. Champion, Vizepräsident und Dr. Omer F. Elder, Schriftführer.

Die Kais. Akademie der Wissenschaften in Wien hat aus dem Vermächtnisse von Prof. v. Wedl dem Priv.-Doz. Dr. J. Kyrle-Wien für seine Untersuchungen über Variola 1200 Kronen bewilligt.

Dr. Emanuel Freund-Triest ist zurzeit als Chefarzt der dermatologischen Abteilung des k. u. k. Garnisonspitales Nr. VII in Graz tätig.

Dr. Charles Jacques Bouchard, gewesener Professor der allgemeinen Pathologie und Therapie in Paris, ist gestorben. Das dermatologische Gebiet hat er als Schüler von Rollet mit Arbeiten über Herpes tonsurans, Striae atrophicae und namentlich Pellagra und chemische Wirkung der Sonnenstrahlen betreten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

27. November 1915 | Nr. 48 | Band 61

Aus der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Weygandt).

Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (mit Einschluß der Luetinreaktion).

Von

V. Kafka.

Die vielen neuen oder neuerweckten Probleme der Syphilisforschung der letzten Jahre machen eine intensive Zusammenarbeit des Syphilidologen und des Psychiaters erforderlich. Gehören doch in das Gebiet der Dermatologen vor allem die floriden Luesfälle mit ihren Rezidiven, während der Nervenarzt in erster Linie die Spätlues in ihren deletärsten Formen zu sehen bekommt. So wird, um nur ein Beispiel hervorzuheben, der Syphilidologe aus den Forschungen des Psychiaters vielleicht einmal lernen können, einen Fall als zur „Metalues“ [1]) neigend zu erkennen und hier vorbeugend eingreifen; andererseits wird der Nervenarzt nur auf Grund der Studien der Dermatologen die Stellung der metaluischen Erkrankungen und ihre Therapie in einwandsfreier Weise erkennen können. Und das so große und noch mit soviel Fragezeichen versehene Gebiet der Luesimmunität kann nur durch Zusammenarbeit beider Disziplinen entsprechend gefördert werden. Natürlich darf nicht vergessen werden, daß besonders in den Mittelstadien die Arbeit des Internisten, des Ophthalmologen und Otiaters von größter Bedeutung ist. Als wichtiges Hilfsmittel zur Diagnostik und Erforschung der Lues in ihren verschiedenen Stadien ist nun im letzten Jahrzehnt die Untersuchung der Körperflüssigkeiten in erster Linie des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit hinzugetreten. Haben die hier zur Verfügung stehenden Methoden schon große Dienste geleistet, so ist es fraglos, daß wir von ihnen noch Größeres erhoffen können. Dies ist aber nur dann möglich, wenn die oben erwähnten Kategorien von Forschern sich der gleichen Methoden bedienen, wenn diese exakt ausgeführt und auch vom Praktiker ein Minimum von Reaktionen, soweit es natürlich die äußeren Verhältnisse gestatten, stets durchgearbeitet wird. Dadurch wird erreicht 1. bessere diagnostische Klärung, 2. deutlichere Einsicht in das Gesamtbild der biologischen, chemischen und morphologischen Veränderungen, 3. im

[1]) Der Einfachheit halber sei in dieser Arbeit der Name Metalues gestattet.

Digitized by Google

Laufe der Behandlung möglichst genaue Kontrolle, 4. die Möglichkeit, aus den Reaktionen auch theoretische Aufschlüsse zu gewinnen, 5. eventuell das Erkennen prognostischer Zeichen.

Von diesen Gesichtspunkten aus seien daher an dieser Stelle die praktisch brauchbaren Blut- und Liquorreaktionen besprochen; aus Gründen der Vollständigkeit sei auch die Hautreaktion auf Lues mit dem Noguchischen Spirochätenextrakt einbezogen.

I. Blutserum.

1. Die Wassermannsche Reaktion.

An dieser Stelle kann natürlich nicht ausführlich über Technik und Bedeutung der WR gesprochen werden, sondern es seien nur einige Hinweise, besonders auch über die Verfeinerungen gestattet. Es wäre zu wünschen, daß die von verschiedenen Seiten geforderte Vereinheitlichung der Methodik größere Fortschritte machen würde, so daß eine „Originalmethode" geschaffen wäre, die überall auch in der gleichen Weise ausgeführt wird. Die alkoholischen Normalextrakte haben sich so bewährt, daß sie bei Ausführung der WR Allgemeingut werden sollten. Da auch die zur sogenannten Originalmethode eingestellten Serummengen nicht überall die gleichen sind (0,2 oder 0,1), andererseits man auch gerne die Hälfte oder ein Viertel des Gesamtvolumens und somit auch der Menge der einzelnen Reagenzien verwendet, sowie auch aus gleich zu besprechenden Gründen wäre es vorteilhaft, stets bei Angabe des Ausfalls der WR die Serummenge in Prozenten anzugeben.

Wenn auch die nicht verfeinerte WR mit der klassischen Serummenge von 20% für die Diagnose und Behandlung den wertvollsten Faktor darstellt, sind bei einem negativen oder schwach positiven Ausfall derselben gewisse Modifikationen und Verfeinerungen nicht zu umgehen, besonders bei auffälligem klinischen Befund, bei genauerer Kontrolle der Behandlung und eventuellen Prognosenstellung, bei intervallär untersuchten Fällen, hier überall aus praktischen und wissenschaftlichen Gründen.

Als solche haben sich bewährt:

a) die Verwendung bis 1,0 = 100% steigender Serummengen; hier ist eine Darstellung der verwendeten Serummengen in Prozenten besonders wünschenswert und auf die Beobachtung der Eigenhemmung des Serums muß besonderes Gewicht gelegt werden;

b) die Einstellung des aktiven Serums in der Form der Stern- oder Müller-Brendelschen Reaktion;

c) die Normalambozeptorabsorption;

d) die Komplementoidabsorption nach Wechselmann;

e) die Cholesterinkältemethode nach Jacobsthal.

Digitized by Google

Bei exakter Ausführung dieser Reaktionen und Ausschaltung der bekannten klinischen Fehlerquellen ist die Gefahr eines unspezifischen Ergebnisses verschwindend klein. Ganz besonders bewährt haben sich diese Reaktionen in Fällen von kongenitaler Lues mit allmählicher schwindender WR, sowie bei der Spätlues des Zentralnervensystems. Daß sie aber auch für die anderen Luesformen und -stadien bedeutungsvoll sind ergibt die Literatur und die tägliche Beobachtung. Energisches Zusammengehen von Klinik und Serologie wird vor Fehlschlüssen bewahren, andererseits aber praktisch und theoretisch Wertvolles zutage fördern.

2. Die Untersuchung auf Normalambozeptor gegen Hammelblutkörperchen und Eigenkomplement.

Bedeutung: Eliasberg und zu gleicher Zeit Weil und Kafka fanden in Paralysefällen Komplementverminderung und -schwund. Kafka konnte später Komplementschwund neben der Paralyse vorzüglich bei schweren luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems feststellen. Diese Resultate wurden von Boas und Neve, Rössle und Hieronymus bestätigt. Für die Lues ohne Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems wurden von Popoff Untersuchungen durchgeführt, der in einer großen Prozentanzahl Komplementverminderung fand. Seine Angaben sind nicht unbestritten geblieben. Kafka konnte ferner eine Verminderung des hammelblutlösenden Normalambozeptors in erster Linie bei Paralyse, häufig bei Lues, selten bei Nichtlues finden. Fehlen beider Bestandteile sprach sehr für Paralyse. Später konnte Kafka auch eine auffallende Vermehrung des Eigenkomplements (Hyperalexie) in freilich sehr seltenen Fällen von Paralysen nachweisen. Die ziemlich einfache Untersuchung auf hammelblutlösenden Normalambozeptor und Komplement hat daher, wenn fieberhafte und kachektische Erkrankungen auszuschließen sind, diagnostischen (z. B. Erkennen schwerer Komplikationen von seiten des Zentralnervensystems), prognostischen (es scheinen vor allem schwer verlaufende Fälle zu sein) und für die Aufklärung der Luesimmunität und Biochemie auch bedeutsamen wissenschaftlichen Wert.

Technik: Eliasberg, Rössle, Hieronymus und Kafka haben verschiedene Methoden angewendet. Hier sei die von Kafka, weil anscheinend die übersichtlichste, angeführt.

A. Inaktives Serum (56°)	0,25	0,1	0,05	0,025	0,01
0,9 % NaCl-Lösung	0,2	0,35	0,4	0,425	0,44
Komplement	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
5 %iges Hammelblut	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

2 Stunden Brutschrank, dann ablesen.

Digitized by Google

B. Aktives Serum	0,25	0,1	0,05	0,025	0,01
0,9 % NaCl-Lösung	0,25	0,4	0,45	0,475	0,49
5 %iges Hammelblut	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

2 Stunden Brutschrank, dann ablesen.

Ist A positiv, B von 0,25 an negativ, dann besteht Komplementschwund; ist A negativ, B ebenfalls negativ, dann fehlt jedenfalls der Normalambozeptor; durch Hinzufügung der eben lösenden Immunambozeptordosis in 1 ccm muß das Komplement austitriert werden. Ist A negativ, B positiv, dann ist der Normalambozeptor durch das Inaktivieren verändert worden, ein theoretisch sehr interessanter Fall; es empfiehlt sich vielleicht dann, den Versuch nochmals mit bei 51° inaktiviertem Serum vorzunehmen (Neisser und Friedemann).

Andere Luesreaktionen des Blutserums seien hier nicht angeführt, weil sie entweder weit hinter der WR zurückbleiben, zu kompliziert, oder noch nicht genügend erprobt sind.

II. Rückenmarksflüssigkeit.

1. Zellzählung und Differenzierung.

Bedeutung: So wichtig die Feststellung der Zellvermehrung der Rückenmarksflüssigkeit, so unrichtig wäre es, aus den erhaltenen Zahlen, wie es oft geschieht, zu weitgehende Schlüsse, z. B. quoad Besserung zu ziehen. Denn die Zellmenge stellt ein wenig stationäres Symptom dar, außerdem ist hier bei der Labilität der Elemente und die verschiedene Zahlengröße in verschiedenen Liquorportionen die Technik ausschlaggebend. Die Methoden der Zelldifferenzierung sind hauptsächlich an Material von Spätluetikern ausgeführt; praktisch verwertbare Gesichtspunkte haben sich hier noch nicht ergeben. Vom wissenschaftlichen Standpunkte aus wäre es wünschenswert, daß der Zelldifferenzierung bei Fällen von frühen Luesstadien mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Technik: Hier sei nur die Technik der nun fast allgemein geübten Zählung in der Fuchs-Rosenthalschen Zählkammer besprochen. Man mache sich zum Prinzip, stets die ersten Tropfen der Rückenmarksflüssigkeit zur Zählung zu verwenden und die Zellen möglichst sofort zu fixieren. Dieses geschieht, indem man mit Hilfe einer nach der nicht kapillaren Seite konisch zulaufenden Haarpipette, die man mit letzterer Seite in die Nadel steckt, zehn Tropfen in ein sorgfältig gereinigtes Gefäß fließen läßt, in das man vorher einen gleichgroßen Tropfen der Essigsäure-Methylviolettlösung hat eintreten lassen; oder man nimmt diese Manipulation mit einer langausgezogenen Haarpipette sofort nach Entnahme der ersten Liquorportion vor. Man hat so die Vorteile, 1. daß man die Mischpipette nicht braucht, 2. daß die Zellen möglichst bald

Digitized by Google

fixiert werden, 3. daß die Zählung zu jeder gewünschten Zeit erfolgen kann, 4. daß man bei Anwendung einer genügend feinen Haarpipette nur 0,2 Liquor braucht, gegen 0,4 bei Verwendung der Mischpipette. Bei der Zählung gelten fünf Zellen im Zentimeter als Grenzwert, häufig stellt jedoch diese Zahl schon einen pathologischen Wert vor. Ist der Liquor blutig, so geht man in gleicher Weise vor, läßt aber die Spinalflüssigkeit in 0,9% NaCl-Lösung eintreten. Man bestimmt dann das Verhältnis der weißen Zellen zu den roten und vergleicht die so erhaltenen Zahlen mit jenen, die unter denselben Bedingungen mit reinem Blute erhoben werden.

2. Bestimmung des Gesamteiweißes.

Bedeutung: Während man früher diese Reaktion als sehr bedeutsam angesehen hat, mußte ihre Bewertung in der neueren Zeit hinter der der Globulinbestimmungsmethoden zurücktreten, da fast stets bei Vermehrung des Gesamteiweißes die Globuline in erhöhter Menge vorkommen, das Umgekehrte aber oft nicht der Fall ist. Mit besonderer Technik kann man diese Bestimmung dazu benutzen, das Verhältnis der Globuline zum Gesamteiweiß festzustellen, was oft für die Paralysendiagnose und die Theorie wertvoll ist.

Technik: Die Ausführungsweise der alten NISSL-Reaktion ist bekannt. Sie wird viel ausgeführt und von mancher Seite ungünstig beurteilt. Wenn sämtliche vorhandenen Röhrchen gegeneinander und mit einer Eiweißlösung von bestimmter Konzentration geeicht worden sind (manche Autoren nehmen, ohne eine solche Eichung ausgeführt zu haben, den NISSL-Teilstrich mit 0,02% Eiweiß an und berechnen daraus den Eiweißgehalt für die Rückenmarksflüssigkeiten, ein Verfahren, das natürlich recht ungenau ist), wenn ferner nach dem Zentrifugieren der Niederschlag $^1/_2$ Stunde stehen gelassen und nach Markierung nochmals zentrifugiert, kann man zu befriedigenden Resultaten kommen. — Bezüglich der Technik der BRANDBERG-Methode sei auf die Arbeiten von ZALOZIECKI verwiesen. In letzter Zeit haben wir eine Methode von WEISS (Prinzip: zu einer bestimmten Menge von Phosphorwolframsäure, die so hergestellt ist, daß die erste auftretende Trübung 0,0001 g Eiweiß entspricht, wird die zu untersuchende Flüssigkeit tropfenweise zugesetzt, bis eine Trübung auftritt) für die Spinalflüssigkeit modifiziert, worüber bald berichtet werden soll. Diese Methode liefert anscheinend recht genaue Ergebnisse, und man benötigt ein Minimum von Liquor.

3. Bestimmung der Globuline.

Bedeutung: Unter den vielen zum Globulinnachweis empfohlenen Methoden hat sich die von NONNE-APELT-SCHUMM besonders bewährt und

Digitized by Google

wird auch an den meisten Arbeitsstätten angewendet. Über ihre Bedeutung zu sprechen wäre überflüssig. Es soll auch am Schlusse noch darauf eingegangen werden. — Es hat sich nun gezeigt, daß die fraktionierte Globulinfällung, die für das Blut ja zu sehr bemerkenswerten, wenn auch heute noch nicht vollkommen geklärten Ergebnissen geführt, und nach den Arbeiten von Wintrnitz besonders für die frische Lues Interessantes ergibt, auch für die Rückenmarksflüssigkeit praktisch und theoretisch Bedeutungsvolles zu Tage fördert. Denn eine gleich starke Phase I Reaktion kann aus Globulinen von verschiedener Fällbarkeit zusammengesetzt sein. Eingehende Untersuchungen haben nun ergeben, daß Globuline, deren Ausfällung bei 28% iger Sättigung mit konzentrierter Ammoniumsulfatlösung erfolgt, nur bei eitriger, tuberkulöser Meningitis und akut meningitischen Schüben der Lues (besonders Herxheimerscher Reaktion der Meningen) vorkommen. Für die Paralyse charakteristisch sind Globuline, deren Fällung bei 30% iger Sättigung mit konzentrierter Ammoniumsulfatlösung beginnt und bei 33% iger = $^1/_3$ Sättigung deutlich ist, während bei 40% iger Sättigung die Ausfällung von Globulinen beginnt, die die chronische Lues cerebri charakterisieren. Die Bedeutung der Phase I ist also erweitert, indem es so möglich ist, nicht nur die quantitative, sondern auch die qualitative Seite diagnostisch zu verwerten. — Das ferner solche Ausfällungen auch theoretisch bedeutungsvoll sind, daß sie, wenn in größerem Umfange in den verschiedenen Luesstadien vorgenommen, nicht nur diagnostische, sondern auch prognostische Anhaltspunkte gewähren werden, liegt auf der Hand.

Technik: Zur Phase I und der fraktionierten Globulinfällung verwenden wir die konzentrierte Ammoniumsulfatlösung, wie sie Nonne und Schumm vorschreiben. Die Phase I führen wir immer mit 0,5 Liquor aus; es sei darauf hingewiesen, daß, wenn die Globulinreaktion durch Beobachtung nach 3 Minuten abgelesen werden, bei dem Resultate die Liquormenge nicht aufgegeben werden muß, da die Globuline von $^1/_2$ ccm Liquor in 1 ccm Gesamtflüssigkeit oder von 1 ccm in 2 ccm Gesamtflüssigkeit nach 3 Minuten ungefähr die gleiche Opaleszenz oder Trübung hervorrufen. Wenn man aber die Globuline quantitativ, z. B. durch Zentrifugieren bestimmt, ist natürlich die Angabe der verwendeten Liquormenge notwendig.

Die fraktionierte Globulinfällung nehmen wir in folgender Weise vor:

	I	II	III	IV	V
Konz. Ammoniumsulfatlösung	0,28	0,33	0,4	0,5	—
Aq. dest.	0,22	0,17	0,1	—	0,5
Liquor	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Digitized by Google

Die Kontrolle V verwenden wir nur bei stark zellreichen oder getrübten Rückenmarksflüssigkeiten.

Es wird nun nach gutem Schütteln nach 3 Minuten abgelesen, dann lassen wir mehrere Stunden stehen und zentrifugieren hierauf unter den geschilderten Kautelen in Nissl-Röhrchen, um eine wenigstens relative Bestimmung der Niederschlagsmenge zu ermöglichen. Da die Globulinmengen oft sehr geringe sind, ist die Abschätzung im Nissl-Röhrchen schwierig, wir haben daher geeignete Zentrifugierröhrchen anfertigen lassen.

4. Die Wassermannsche Reaktion.

Über Technik und Bedeutung ist wenig Neues zu sagen. Die von Hauptmann eingeführte Auswertungsmethode hat überall gute Früchte getragen und ist für die frische wie die Spätlues mit Erfolg angewendet worden. Auch hier empfiehlt sich die Angabe der Liquormenge in Prozenten. Verfeinerungen sind vorläufig nicht am Platze. Bei Einstellung blutigen Liquors muß nach dem Zentrifugieren inaktiviert werden, das Gleiche gilt für komplementreiche Spinalflüssigkeiten.

5. Die Hämolysinreaktion.

Bedeutung: Weil und Kafka konnten feststellen, daß sich mit bestimmter Technik in der Spinalflüssigkeit von Paralytikern und an akut meningitischen Prozessen Erkrankten hammelblutlösende Normalambozeptoren, ferner bei ersteren selten, bei letzteren in der Regel auch Komplement nachweisen läßt. Bei Paralysen kommt der Normalambozeptor unabhängig von anderen Liquorreaktionen dauernd und in einer großen Prozentanzahl vor, bei akut meningitischen nur vorübergehend und in Verbindung mit stark positiven Zell- und Eiweißreaktionen. Daraus läßt sich die Bedeutung der Reaktionen für die Spätlues ableiten, die auch durch zahlreiche Nachuntersuchungen bestätigt worden ist; für die Frühlues sind größere Arbeiten im Gange; hier werden neben diagnostischen, vor allem prognostische und theoretische Aufschlüsse zu erwarten sein.

Technik: Zu 10 resp. 5 ccm Liquor wird 1,0 resp. 0,5 ccm 5%ige Hammelblutaufschwemmung hinzugefügt, gut geschüttelt, zwei Stunden im Brutschrank gelassen und während dieser Zeit öfters geschüttelt. Am besten eignen sich zu diesem Prozeß der Sensibilisierung Röhrchen (Zentrifugierröhrchen), die auf $^1/_2$ und 1 ccm geeicht sind. Nach Ablauf von zwei Stunden werden die Röhrchen solange zentrifugiert, bis die überstehende Flüssigkeit vollkommen klar ist, dann wird diese abgegossen, bei vorangegangener Verwendung von 1 ccm Hammelblut, mit 0,9%iger NaCl-Lösung auf 1 ccm aufgefüllt (war $^1/_2$ ccm oder weniger Hammelblut verwendet worden, dann auf $^1/_2$ ccm), mit der Pipette gut durchgemischt und vollkommen gleichmäßig auf zwei Röhrchen verteilt

Digitized by Google

(bei $^1/_2$ ccm nur auf ein Röhrchen). Es kommt dann 0,9 % NaCl-Lösung hinzu und die austitrierte Komplementmenge. Das Komplement muß nämlich vorher auf Eigenhämolyse geprüft worden sein, und zwar in folgender Weise:

Komplement	0,2	0,15	0,1	0,05	0,03
0,9 % NaCl-Lösung	0,3	0,35	0,4	0,45	0,47
5 %iges Hammelblut	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Zwei Stunden Brutschrank, dann ablesen. Verwendet wird bei zwei Röhrchen jene Menge von Komplement, die eben noch eine Spur Lösung, und jene, die sie nicht mehr hervorruft, bei einem Röhrchen nur die letztere.

Nach Komplementzusatz wird gut geschüttelt und die Röhrchen kommen auf drei Stunden in den Brutschrank. Dann wird abgelesen.

Starker Komplementgehalt zeigt sich darin, daß schon während der Sensibilisierung vollkommene Hämolyse auftritt; schwächerer macht sich in geringeren hämolytischen Erscheinungen während der Sensibilisierung, vor allem aber im Gelbwerden der überstehenden klaren Flüssigkeit nach dem Zentrifugieren und im Kleinerwerden der Blutkuppe, geltend.

Der Normalambozeptorgehalt ist bei Vorhandensein von Komplement meist stark. Die verschiedenen Grade lassen sich nach dreistündigem Aufenthalt im Brutschrank leicht bestimmen:

Bei zwei Röhrchen.		Bei einem Röhrchen.
K. L. in beiden Röhrchen	= 6	K. L. = 6
K. L. in den ersten Röhrchen, St. L. in den zweiten „	= 6–5	St. L. = 5
St. L. in beiden „	= 5	M. L. = 4
St. L. in den ersten „, Mäß. L. in den zweiten „	= 5–4	Ger. L. = 3
Mäß. L. in beiden „	= 4	Spur. L. = 2
Mäß. L. in den ersten „, Ger. L. in den zweiten „	= 4–3	Spürchen L. = 1
Ger. L. in beiden „	= 3	
Ger. L in den ersten „, Spur. L. in den zweiten „	= 3–2	
Spur. L. in beiden „	= 2	
Spur. L. in den ersten „, Spürchen L. in den zweiten Röhrchen	= 2–1	
Spürchen L. in beiden „	= 1	
Spürchen L. in den ersten „, Ø L. in den zweiten „	= 1–Ø	

Abkürzungen:
L. = Lösung
K. = Komplet
St. = stark
Mäß. oder M. = mäßig
Ger. = gering.

Hierzu sei noch bemerkt, daß man auf Grund solcher zahlenmäßiger Bestimmung leicht den Übergang von Normalambozeptoren aus dem Blute in den Liquor berechnen kann. Für das Blutserum nimmt man als Grundlage, jene Lösungsstärke die 0,1 Serum bei Verwendung von 0,5

Digitized by Google

5%iges Hammelblutes hervorruft; wenn wir uns nun der oben erwähnten Zahlen für Liquor und Blut bedienen, so wäre die Berechnung folgendermaßen: das Blutserum hatte bei 0,1 Resultat 5 = st. L. ergeben, der Liquor bei Anwendung von 5,0 ccm Resultat 4, es entspricht dann der Stärke 4 im Liquor im Blutserum $\frac{5 \cdot 5{,}0}{0{,}1} = 250$; der Durchtritt ist also im Verhältnis 250 : 4 erfolgt. (Antikörperindex.)

6. Die Kolloidreaktionen:

Bedeutung: Seit der erfolgreichen Einführung des Goldsols in die Liquordiagnostik durch C. Lange steht die kurvenmäßig ausdrückbare Beeinflussung anorganischer (und organischer) Kolloide durch das Liquoreiweiß (und vielleicht auch durch andere in der Spinalflüssigkeit enthaltene Stoffe) im Vordergrund des Interesses. Die bedeutsamen Ergebnisse der Goldsolreaktion: die Lueszacke, die Kurve der Meningitis und jene der Paralyse werden aber erst zur vollen Wertung gelangen können, bis es gelingen wird, die Schwierigkeiten und Fehlerquellen der Goldsolreaktion auszuschalten.

Technik: Hier kann nur auf die Arbeiten von Lange und Eicke verwiesen werden und betont werden, daß die Goldsolreaktion von nur sehr erfahrener Seite mit größter Sorgfalt ausgeführt werden muß.

III. Hautreaktion mit Noguchis Luetin.

Bedeutung: Neben den Hautreaktionen mit spirochätenhaltigen Organextrakten hat sich in den letzten Jahren die Intrakutanreaktion mit Noguchis aus abgetöteten Spirochätenkulturen hergestellten Luetin einen besonderen Platz in der Reihe der diagnostischen Luesreaktionen gesichert. Nicht nur das Vorkommen der Reaktion selbst, sondern auch ihre Stärke können diagnostisch verwertet werden. Eine deutlich positive Reaktion kann bei negativer WR die Luesdiagnose sichern. Besonders wertvoll ist das fast nie fehlende und qualitativ intensive Auftreten der Reaktion im Tertiärstadium. Hierzu kommt, daß die Reaktion bei der Paralyse nicht immer positiv ist und nur in geringerem Grade auftritt, so daß ein deutlicher Unterschied zur Lues cerebri gegeben ist, der sich auch darin ausspricht, daß in jedem Luesstadium die Hautreaktion durch die Behandlung verstärkt wird, bei der Paralyse jedoch nicht. Hier ergeben sich also nicht nur diagnostische Behelfe, sondern auch für die Luesimmunität wertvolle Tatsachen, die zur Weiterforschung anregen.

Technik: Vor der Injektion wird die Gebrauchsmenge der gut geschüttelten Spirochätenaufschwemmung mit der gleichen Menge physiologischer Kochsalzlösung gemischt und mit Hilfe einer kleinen Injektions-

Digitized by Google

spritze mit fein geschliffener Kanüle 0,07 der Mischung möglichst oberflächlich intrakutan injiziert, so daß sich eine deutliche weiße Quaddel bildet. Die Reaktion wird nach Gesichtspunkten beurteilt, die in den Arbeiten von Benedek, Kafka, Fleischmann, Kämmerer u. v. a. enthalten sind.

IV. Zusammenfassung.

Am kürzesten und praktisch einfachsten lassen sich die oben geschilderten Reaktionen zusammenfassen in der Darstellung unseres zeitlichen Vorgehens bei der Blut- und Liquoruntersuchung.

1. Blutuntersuchung. Hier sei darauf hingewiesen, daß an den meisten Anstalten die Blutuntersuchung der Liquoruntersuchung vorausgeschickt wird. Bei negativem Ausfall der ersteren wird auf die letztere verzichtet. Es mehren sich aber die Fälle aus den verschiedenen Stadien der Lues, bei denen einem schwach positiven oder negativen Blutbefund stark positive Liquorreaktionen gegenüberstehen. Gerade solche Fälle scheinen besonders interessant zu verlaufen. Es ist also nicht angängig bei sonstigen Verdachtsmomenten auf die Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit zu verzichten, wenn der Blutbefund negativ ist; vielleicht kann auch hier die Luetinreaktion eine Rolle spielen, die, wenn sie bei negativem Blutbefund positiv ist, jedenfalls die Liquoruntersuchung erwünscht macht. Wird Blut- und Liquorentnahme in derselben Sitzung ausgeführt, dann empfiehlt es sich, die Lumbalpunktion vorausgehen zu lassen.

Die Aufsetzung des Protokolls zur WR wird sich natürlich nach der Lage des Falles richten. Wird anzunehmen sein, daß die WR nicht stark positiv sein dürfte, so empfiehlt es sich, gleich die Serummengen von 20, 50 eventuell auch 100% mit verschiedenen Extrakten unter Einstellung der geeigneten Kontrollen anzusetzen. Soll der Fall zur Behandlung kommen oder ist er schon behandelt, so empfiehlt sich das Hinuntertitrieren. In jedem Fall werde zu gleicher Zeit mit dem inaktiven Versuch die Sternsche Reaktion angesetzt. Dies aus verschiedenen Gründen: 1. kann bei negativer inaktiver und positiver aktiver Reaktion die Ausführung von Verfeinerungen notwendig sein, 2. kann aus der Selbsthemmung bei der Sternschen Reaktion Komplementmangel oder -Schwund, 3. aus negativer Sternscher Reaktion bei positiver WR Hyperalexie abgelesen werden. Dann nehmen wir in jedem Falle sofort die Austitrierung des Normalambozeptors und Eigenkomplements nach der geschilderten Technik vor. Dies nicht nur aus den besprochenen diagnostischen und prognostischen Gründen, sondern auch um bei der Hämolysinreaktion des Liquors einen Maßstab für die eigenhämolytische Fähigkeit des Serums zu haben. Finden wir nun, daß das inaktive Serum negativ oder schwach

Digitized by Google

positiv reagiert, bei stark positiver STERNscher Reaktion, und zeigt sich beim Austitrieren eine starke Menge von Normalambozeptor, dann nehmen wir die Normalambozeptorabsorption vor. Ist Hyperalexie vorhanden oder hat die Titration der Normalambozeptoren ein negatives, jene des Komplements ein positives Ergebnis gehabt, dann wird die Baryumsulfatabsorption nach WECHSELMANN vorgenommen. Als Kontrolle wird in schwach reagierenden Fällen stets JACOBTHALS Cholesterinkältemethode angeschlossen. Die letzteren Reaktionen nehmen wir auch dann vor, wenn nur Eigenhemmung des inaktiven Serums oder Komplementschwund als für Lues verdächtige Symptome vorhanden sind. Einen positiven Charakter sprechen wir dem Blutserum aber erst dann zu, wenn mindestens zwei der Reaktionen (von Austitrierung der hämolytischen Faktoren und Eigenhemmung abgesehen) ausgesprochen positiv verlaufen.

2. Liquoruntersuchung. Eine Druckbestimmung mit dem Manometer wird von uns nicht mehr ausgeführt; sehr starke Druckerhöhung wird nur registriert. Sind die ersten Tropfen wasserklar, so wird sofort die beschriebene Haarpipette in die Lumbalkanüle eingeführt, und zehn Tropfen in einem Tropfen der essigsauren Methylviolettlösung aufgenommen oder mit einer Haarpipette die Mischung sofort aus der ersten Portion vollzogen. Die Zählung in der FUCHS-ROSENTHALschen Zählkammer kann dann jederzeit erfolgen. Der Liquor wird dann in eine Reihe von Gläschen aufgenommen und sofort auf Farbe, Trübung, Fibringerinnsel usw. besichtigt. Dann werden die Globulinfraktionen angesetzt; zuerst die 50 %ige, ist diese positiv, dann auch die 40 %ige, findet sich immer noch deutliche Opaleszenz, so setzen wir auch die 33 %ige Reaktion an, und bei positivem Resultat dieser letzteren, auch noch die 28 %ige. Auf diese Weise vermeiden wir es, unnötiger Weise Liquor zu den Globulinreaktionen zu verschwenden. Ist der Liquor vollkommen blutfrei und nicht xanthochrom, dann setzen wir 10 ccm mit 1 ccm 5 %igem Hammelblut oder 5 ccm mit 0,5 ccm (eventuell auch weniger Liquor mit dem zehnten Teil Hammelblut, wobei zum Komplementversuch die gleichen Mengen Hammelblut genommen werden) zur Hämolysinreaktion an. Ist nach dem Zentrifugieren der Liquor vollkommen klar und farblos, so wird er abgegossen und zur WR verwendet; dies ist nun in den meisten Fällen möglich. Die Aufstellung des Protokolls zur WR des Liquors erfolgt nach denselben Prinzipien, wie bei der Blutuntersuchung geschildert, doch wird der Liquor nur im Falle starken Komplement- oder Blutgehaltes inaktiviert und werden Verfeinerungen nicht vorgenommen. Dann wird die Gesamteiweißbestimmung (am einfachsten nach NISSL) ausgeführt und eventuell die Goldsolreaktion angeschlossen.

Bezüglich der sehr empfindlichen PANDY-Reaktion (die Technik

Digitized by Google

Zaloziecкis ist zu empfehlen) müssen gerade auf dem Gebiet der frischen Lues und hier besonders während der Behandlung Erfahrungen gesammelt werden. Jedenfalls darf aus einer schwach positiven Pandy-Reaktion nicht zuviel geschlossen werden; auch ist zur Kontrolle das Einstellen eines normalen sterilen Standardliquors notwendig.

Bei dem geschilderten Vorgehen benötigt man folgende Liquormengen:

Zellzählungen	0,2 ccm
Globulinfraktionen . . . . . (mit Einschluß der Phase I)	0,5 bis 2,0 ccm
Hämolysinreaktion und WR	5,0 bis 10,0 ccm
Gesamteiweiß	0,5 (Brandberg) bis 2,0 (Nissl) ccm
	5,2 bis 14,2 ccm

Da man die Hämolysinreaktion stets mit 5 ccm machen kann, kann man als Maximum 9,2 ccm annehmen, also nur ein Geringes mehr als von anderen Autoren, die sehr schonend vorgehen, verwendet. Ist Liquor aber genügend vorhanden, dann füge man die Zelldifferenzierungsmethoden, die Braun-Husler-Reaktion und andere an, um auch von diesen Seiten her, das Gebiet diagnostisch und theoretisch zu fördern.

Fassen wir nun zum Schluß den Zweck unserer Untersuchungsmethodik kurz zusammen. Es wird in jedem Falle ohne Liquorverschwendung ein Minimum von Reaktionen vorgenommen, die sich nicht gegenseitig vertreten lassen, sondern die alle unsere diagnostische Erkenntnis nach einer bestimmten Richtung klären, die auch genetisch verschieden sind und uns zugleich ein kurvenmäßig darstellbares Bild der pathologischen Vorgänge geben. Würde in allen Stadien der Lues in solcher Weise untersucht werden, so erhielten wir nicht nur gut gestützte diagnostische und prognostische Anhaltspunkte, sondern es läge klarer vor uns, wie sich die Körpersäfte in verschiedenen Stadien der Lues verhalten und wie diese Stadien zu bewerten sind; so könnten uns Befunde aus späteren Stadien Hinweise für unser Verhalten in früheren Stadien geben und umgekehrt, Konsequenzen aller Art, auf die hier nicht eingegangen werden kann, besonders auch auf die Therapie, ließen sich ziehen, und vor allem wäre das noch so problematische Gebiet der Luesimmunität in helleres Licht gestellt. Unser Verfahren stellt natürlich nur einen Weg zur Annäherung an das Ziel dar, einen Weg, der uns nach dem jetzigen Stande des Wissens, als der beste und einfachste erscheint. Sollten aber weitere Forschungen uns kürzere und aussichtsvollere Bahnen weisen, so wollen wir natürlich nicht starr an unseren Methoden festhalten. Denn jedes Mittel soll mit Freude ergriffen werden, das zur Klärung der großen Luesprobleme führen kann.

Digitized by Google

Versammlungen.

Jahresversammlung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. O. Sprinz-Berlin.

Die Berliner Dermatologische Gesellschaft hielt am 12. X. 1915 ihre Generalversammlung ab. Nach Erledigung des geschäftlichen Teils gedachte der Vorsitzende der im abgelaufenen Jahre durch den Tod verlorenen Mitglieder, insbesonders des Ehrenmitgliedes Ehrlich.

Der übrige Teil des Abends war einer Besprechung gewidmet über die Erfahrungen, die bisher bei der Behandlung der geschlechtskranken Soldaten gesammelt sind und über die Bedeutung, die der Wassermannschen Reaktion bei der Behandlung syphiliskranker Soldaten beizulegen ist. Mitglieder des Vorstandes hatten das einleitende Referat übernommen. Heller rechnet zu den Kriegsseuchen auch die Geschlechtskrankheiten; sie pflegen sich in jedem Kriege stark auszubreiten. Das hat sich auch diesmal bewahrheitet. Der klinische Verlauf war bei seinem Beobachtungsmaterial fast immer günstig. Der phagedänische Schanker fehlte ganz; die Blennorrhoe brachte nur wenig Gelenkkomplikationen; Syphilis maligna kam nicht zur Beobachtung. Frühformen von syphilitischer Erkrankung des Zentralnervensystems wurden ebenfalls nicht beobachtet. Unter den Kranken fanden sich viele Soldaten, die große Entbehrungen und Strapazen durchgemacht hatten. Seelische und körperliche Erregungen haben den Verlauf der Geschlechtskrankheiten nicht ungünstig beeinflußt. Der weiche Schanker ist entschieden seltener geworden; freilich wird jetzt auch eine große Zahl von Ulcus molle-Fällen durch Nachweis der Syphilisspirochäte anders rubriziert. Relativ häufig war Ulcus molle bei Transporten vom Osten her.

Der Lazarettarzt hat eine andere Aufgabe als der Zivilarzt. Die häufig wiederholten Blutuntersuchungen, das exspektative Verhalten des Arztes zu Beginn der Lues, die Wiederholungskuren belasten die Lazarette und beeinträchtigen die Schlagfertigkeit des Heeres. Unsere Aufgabe ist es in erster Linie, die ansteckenden Erscheinungen zu beseitigen. In jedem Falle muß aber die Diagnose „harter Schanker" gesichert sein, ehe mit der Kur begonnen werden darf. H. bevorzugt Tuschepräparate ihrer Einfachheit halber. Auf bloße Indurationen hin darf man keine Syphilisdiagnose stellen; denn die mutmaßliche Diagnose Syphilis ist für den jungen Mann, wenn er die Ehe eingehen will, von schwerwiegender Bedeutung. Sie kann auch die Trennung einer bereits geschlossenen Ehe herbeiführen, was zu verhindern in dieser schweren Zeit besonders notwendig ist. Die kombinierte Salvarsan Quecksilberbehandlung ist zurzeit die beste Behandlung der Syphilis. Munderscheinungen sind relativ selten, trotz der schlechten Hygiene der Zähne.

Die ambulante Behandlung der Syphilis ist zu verwerfen. Die ambulant gemachten Injektionen stören den militärischen Dienst und schädigen wohl auch die Wirkung des Arzneimittels; allenfalls könnten gegen Schluß der Kur einige Einspritzungen ambulant gegeben werden. Die Blennorrhoe belastet die Lazarette außerordentlich; vielleicht $^1/_8$ aller Lazarettage fallen auf sie. Schindlers Vorschlag, Atropinzäpfchen zu verabfolgen zwecks Ruhigstellung der peristaltischen Bewegungen der hinteren Harnröhrenabschnitte, hat etwas sehr Bestechendes für sich. Aber die praktische Ausführung scheitert an der übergroßen Menge von Zäpfchen, die erforderlich wäre. Über den Wert der Vakzinebehandlung spricht sich H. sehr skeptisch aus. Gonargin stand in reichlicher Menge

Digitized by Google

zur Verfügung. Es wurden kleine und große Dosen versucht. Es war zwar kein Schaden, aber auch kein Nutzen festzustellen. H. warnt auch vor übertriebenen Erwartungen von der Diathermiebehandlung. Dagegen hat sich die Anwendung von Wärmesonden recht brauchbar erwiesen. Bei den von H. benutzten Sonden fand sich zwischen Mantel und der sogenannten „Seele" eine Flüssigkeitsschicht, die die gleichmäßige Erwärmung sicherte. Bei Strikturen und Infiltraten leistet die Wärmesonde einige Dienste, gegen die Gonokokken selbst zeigt sie keinen Erfolg. Strikturen sind viel häufiger als man gewöhnlich annimmt; man muß nur darauf achten.

Viele Affektionen der Geschlechtsorgane gehören nicht in das Lazarett hinein, so die chronischen Prostatitiden, die funktionellen Dysurien und die sexuelle Neurasthenie, draußen im Felde sollten eigens bestellte Fachleute entscheiden, ob Abtransport des Mannes wegen seines Geschlechtsleidens notwendig ist. Die inneren Stationen sollten bei Blasenfällen häufiger Fachärzte hinzuziehen. Mancher Blasenkatarrh entpuppt sich als Neurasthenie. Der Facharzt sollte in solchem Falle eine Eintragung in das Soldbuch machen, damit der Truppenarzt Bescheid weiß. Nicht jede minimale Sekretion aus der Harnröhre ist eine ernste Krankheit.

Rosenthal als zweiter Referent schließt sich im wesentlichen Hellers Ausführungen an. Er betont ausdrücklich, daß das ärztliche Handeln des Lazarettarztes von dem Gedanken geleitet sein müßte, daß des Staates Wohl über dasjenige des einzelnen gehe. Ein Tabiker könnte sehr wohl noch seinem Zustande entsprechend garnisondienst- oder arbeitsverwendungsfähig sein. Rosenthal bekennt sich dann ebenfalls als Anhänger der kombinierten Kur. Bei reiner Salvarsanbehandlung schwinden nicht einmal immer die klinischen Symptome, die positive Reaktion wandelt sich nicht immer um, und schließlich wissen wir noch viel zu wenig über die Dauererfolge der Salvarsantherapie, besonders wissen wir nichts, ob Salvarsan allein Affektionen des Zentralnervensystems verhüten kann. Gegen die an sich gute Schmierkur sprechen nur praktische Bedenken. R. ist sehr eingenommen von Kalomel und Oleum cinereum. Vom militärärztlichen Standpunkte dürfen wir den Ausfall der Wassermannschen Reaktion nicht als alleinigen Maßstab für unser Handeln betrachten. Eine positive Reaktion als einziges Symptom stellt keine absolute Indikation für eine Kur dar. Einige Tabesfälle wurden mit gutem Erfolge behandelt. R. sah zwei septische Fälle von Gonokokkämie. Mit Gonargin glaubt R. in der Privatpraxis einige Erfolge erzielt zu haben.

Lesser legte seinem Referat die Frage zugrunde: Ist die positive Serumreaktion, als einziges Symptom der Lues, eine absolute Indikation für die Einleitung einer Kur?

Die alten Fälle, die jahrelang frei von syphilitischen Erscheinungen sind, sind auszuschließen. Diese sollen jetzt unter keinen Umständen behandelt werden. Je mehr wir uns der Zeit der Infektion nähern, desto eher wird die Behandlung notwendig sein. Das gilt besonders für die ersten zwei Jahre nach der Infektion. Ist die Reaktion erst jetzt ins Positive umgeschlagen, so ist eine Behandlung wünschenswert, um den Mann vor einem Rezidiv zu bewahren. Ist der Soldat anderer Krankheiten willen oder wegen einer Verwundung im Lazarett, so kann man ihn zwischendurch spezifisch behandeln. Ist die Kur anderswo gerade beendigt, und der Wassermann ist noch nicht umgeschlagen, so wird sich eine kleine Zwischenkur empfehlen. Fälle mit negativer SR bei vorhandenen Erscheinungen sind zu behandeln, das sind Leute mit tertiärer Lues. Bisweilen wird eine negative SR schon nach kürzerer Kur erreicht; trotzdem ist eine Vollkur durchzuführen, wenn der Zeitpunkt der Infektion nicht zu weit zurückliegt.

Lesser warnt schließlich vor der Anwendung von grauem Öl, das durch die beträchtliche Remanenz von Quecksilber sehr schwere Intoxikationen bewirken kann, die noch nach Wochen zum Ausbruch kommen und selbst tödliche Zustände herbeiführen können.

Digitized by Google

Blaschko: Wir dürfen den Kranken niemals nur auf Wassermann untersuchen. Die SR ist das zäheste Symptom, zäher als alle anderen Manifestationen der Syphilis zusammengenommen. Umgekehrt läßt die SR wieder in anderen Fällen im Stich. Man muß die WR stets mit klinischen Untersuchungsresultaten zusammen bewerten. Sehr bedauerlich ist es, daß wir die Leute, die die erste Kur bei uns gemacht haben, nicht weiter beobachten können. Es müßte bei der Entlassung eines Syphilitikers aus dem Lazarette der Truppenarzt darauf aufmerksam gemacht werden, daß der Mann klinisch und serologisch zu überwachen ist.

v. Wassermann: Es scheint bedenklich, dem therapeutischen Handeln als Militärarzt einen anderen Standpunkt zugrunde zu legen wie der Zivilarzt, als ob der Militärarzt mit Rücksicht auf das Allgemeinwohl das individuelle Wohl hintenanstellen müßte. Das trifft jedenfalls für die Behandlung der Syphilis nicht zu. Die Syphilis ist durch ihre ungeheuere Ansteckungsfähigkeit und Vererbbarkeit anders zu bewerten als die übrigen Krankheiten. Deshalb soll man den Mann nicht zu früh aus dem Lazarett entlassen. Es ist bekannt, daß Leute mit positiver Reaktion, die nichts anderes darbieten als die positive Reaktion, die Krankheit vererben können. Nach dem Kriege müssen wir die Volksgesundheit und Volksvermehrung im Auge behalten. In jedem Falle ist es zu überlegen, wie lange die Infektion schon besteht. In frischen Fällen ist die Reaktion sehr labil und leicht zu beeinflussen; in alten Fällen ist sie dagegen sehr stabil. Der junge Soldat ist schon deshalb gründlich zu behandeln, damit er später eine gesunde Nachkommenschaft erhält; bei dem alten Landsturmmann fällt der Vermehrungskoeffizient nicht mehr ins Gewicht. Es scheint gerade jetzt an der Zeit zu sein, mittels Serumreaktion in größeren Garnisonen Stichproben zu machen, um zu ermitteln, wie weit die Syphilis im Heere überhaupt verbreitet ist. Es gibt genug Fälle, die ohne nennenswerte klinische Erscheinungen verlaufen und deshalb unerkannt bleiben. Auch die vom Felde heimkehrenden Mannschaften sollten der SR unterzogen werden. Das gäbe uns einen Fingerzeig für die Beurteilung der Volksgesundheit. Sehr ernst ist schließlich die Frage, was mit den vielen syphilitisch erkrankten Soldaten später geschehen soll. Diese Frage spricht mit bei der Sorge, die Verminderung unserer Volksvermehrung aufzuhalten.

Lorwit sah von Arthigon bei Epididymitis keinen Nutzen. Nach einer intravenösen Salvarsaninjektion entwickelte sich eine Lähmung der Schulter auf der entgegengesetzten Seite. Positive SR bedeutet das Vorhandensein von syphilitischem Virus im Körper. Deshalb ist bei nicht zu alten Fällen eine Kur erforderlich. Eine recht gründliche Kur erweist sich erst recht ökonomisch. L. wendet das Quecksilber nur als Schmierkur an, weil die Einspritzungen bei der großen Patientenzahl zu zeitraubend wären. Schließlich macht L. auf die Infektionsgefahr aufmerksam bei Benutzung gemeinsamer Trink- und Eßgeschirre.

Ledermann: Nicht in allen Fällen von Schanker gelingt der Spirochätennachweis. Dann ist man auf den Ausfall der SR angewiesen. Nur starke Hemmung beweist vor Ausbruch des Exanthems Lues bei einem Manne, der vorher Lues nicht gehabt hat. In den meisten Fällen wird es durch kombinierte Hg-Salvarsankur gelingen, eine negative SR zu erhalten. Tritt der Umschlag nicht ein, so ist dies kein gutes Omen. Eine Notiz ins Soldbuch über die stattgefundene Infektion ist wünschenswert, um den Kranken in Kontrolle zu behalten und bei passender Gelegenheit wieder zu behandeln. Bei den im Felde stehenden Soldaten ist eine Hg-Salvarsankur innerhalb der primitiven Reservestellungen unmöglich wegen der mangelnden Pflege und Ruhe. Bei dauernd positiver SR soll man von Zeit zu Zeit behandeln; diese Leute sind gegen körperliche Anstrengungen weniger widerstandsfähig (beginnende Aortitis), oder es entwickeln sich später spezifische Nervenkrankheiten. L. sah akut entstandene Aortenerkrankungen

Digitized by Google

nach energischer Kur zurückgehen. Auch bei Tabes lassen sich Remissionen erzielen. Bei unklaren inneren Fällen ist die SR auch diagnostisch wichtig, durch Aufdeckung der syphilitischen Natur des Leidens ist Heilung möglich und der Mann dem Heere zu erhalten.

Schuster: Die Frage, ob die metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems infolge der Anstrengungen des Krieges häufiger geworden sind, läßt sich nur schwer beantworten. Wenn man einen Tabiker daraufhin untersucht, so muß man sich fragen, ob die Symptome nicht schon vor dem Kriege vorhanden gewesen sind. Diejenigen Symptome, die absolut beweisend sind, wie aufgehobene Kniereflexe, Pupillenstarre usw., machen keine Beschwerden und bleiben dem Kranken unbemerkt. Andere Symptome kommen ihm zum Bewußtsein, wie die lanzinierenden Schmerzen. Diese haben aber keine solche Bedeutung; aber nur wegen dieser Erscheinungen kommt der Kranke zum Arzt. Wenn man einen Tabiker mit viel frischen syphilitischen Erscheinungen sieht, so muß man schließen, daß die Tabes hier frisch eingetreten ist. Es ist unrichtig zu glauben, daß Tabiker nicht auch frische Erscheinungen haben, wie Neuritis optica, Fazialislähmung usw.; die subjektiven Symptome, wie lanzinierende Schmerzen, sind vielleicht unter den Anstrengungen des Krieges zustande gekommen. Sch. hat den Eindruck, daß unser Volk einen großen Fonds von Widerstandskraft seiner Nerven besitzt. Der Einfluß der Behandlung auf Tabes und Paralyse ist sehr schwierig zu beurteilen. Er möchte noch kein abschließendes Urteil abgeben. Man darf nicht außer acht lassen, daß günstiger Verlauf auch ohne jede Behandlung beobachtet wird.

Baum: Der Truppenarzt kommt bisweilen in Verlegenheit, wie er sich einem latenten Luetiker gegenüber verhalten soll, wenn dieser eine neue Kur wünscht, die ihm vielleicht vorher anempfohlen worden ist. Der Arzt kommt nicht nur in einen Widerstreit zwischen seiner wissenschaftlichen Anschauung von der Notwendigkeit einer erneuten Kur und zwischen den Anforderungen des Staates. Vor allem könnte er durch Verweigerung einer Kur eventuell von dem Manne zur Verantwortung gezogen werden, der das Recht auf Behandlung hat.

H. E. Schmidt berichtet über seine Erfahrungen mit der Diathermiebehandlung der Blennorrhoe. Ihm ist seit kurzem erst eine Sonder-Diathermiestation unterstellt. Etwas Abschließendes läßt sich deshalb heute noch nicht sagen. Man kann wohl eine Blennorrhoe mit Diathermie heilen, aber es dauert sehr lange. Der Apparat ist sehr kostspielig, und die Technik kompliziert.

Fachzeitschriften.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Referiert nach The British Journal of Dermatology, 1915, Nr. 4.)

Sitzung vom 18. März 1915.

1. Alopezie bei Kindern infolge Überdosierung von Röntgenstrahlen, von J. H. Stowers. Zwei Brüder wurden wegen Trichophytie des Kopfes von einem Nicht-Arzt mit Röntgenstrahlen behandelt. Obwohl ein Dosimeter benutzt wurde und die Bestrahlungsdauer nie über eine Stunde hinausging, stellte sich doch Entzündung und Haarausfall ein. Noch 5½ Monate nach Aussetzung der Behandlung finden sich haarlose Stellen, die Verfasser für dauernd hält.

Corbett hat in ähnlichen Fällen gute Erfolge von der Quecksilberlampe gesehen.

2. Fall von Baumwollensamen-Dermatitis, von J. A. Nixon. Der 42jährige Kranke war damit beschäftigt, ein Schiff mit Baumwollensamen zu entladen. Bald darauf stellte sich heftiges Jucken am Nacken und an den Armen ein, das in der Bettwärme

Digitized by Google

zunahm; am folgenden Tage entstanden rote Flecke, die wie Moskitostiche aussahen. Einige von ihnen bildeten Blasen, die eine wässerige Flüssigkeit entleerten. Es fanden sich bei dem Patienten isolierte, verstreut stehende urtikarielle Knötchen am Nacken und an den Vorderarmen, nur wenige an den Beinen. Sie waren blaßrot, derb, eleviert, von Erbsengröße. Nach den Angaben des Kranken waren $^2/_3$ der mit derselben Arbeit Beschäftigten an demselben juckenden Ausschlage erkrankt. Der Ausschlag verschwindet innerhalb einer Woche, wenn die Beschäftigung mit Baumwollensamen ausgesetzt wird; zu seinem Entstehen ist direkte Berührung erforderlich. Bemerkenswert ist die Angabe, daß nur die Baumwollensamen aus Alexandria Jucken hervorrufen, nicht aber die aus Smyrna. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Samen fand Verfasser einen lebenden Parasiten, der sehr dem Pediculoides ventriculosus ähnelte, wenn nicht mit ihm identisch war. Dieser ruft bei Getreidearbeitern einen juckenden Ausschlag hervor; da er besonders auf Gerste sitzen soll, nennt man den Ausschlag auch Gerste-Jucken. Ein Zoologe, der den Parasiten untersuchte, bestätigte die nahe Verwandtschaft mit Pediculoides ventriculosus.

3. Akarus bei Kopra-Jucken, von A. Whitfield. Der Kranke hatte zwei Attacken, die den Stamm und die Extremitäten befielen, aber das Gesicht frei ließen. Der Ausschlag bestand aus zahlreichen einzelnen oder gruppierten, follikulären Knötchen, die auf den ersten Blick wie ein seborrhoisches Ekzem aussahen. Verfasser konnte eine Kokosnuß untersuchen und fand auf der Oberfläche kleine Vertiefungen, in denen die Milbe saß.

In der Besprechung sagt Mac Leod, daß er einen ähnlichen Fall von Kopra-Jucken und mehrere von Baumwollensamen-Dermatitis gesehen habe. Die Untersuchung der Samen habe kleine Raupen gezeigt, auf denen Milben lebten, die als Pediculoides ventriculosus erkannt wurden.

4. Eruptionen durch eine „Blutmixtur," von George Pernet. Der 40jährige schlecht genährte Mann kam wegen eines schweren Jodexanthems im Gesicht zur Behandlung. Er gab an, daß er eine käufliche „Blutmixtur" eingenommen habe. Es ergab sich, daß diese sehr jodhaltig ist und der Patient mit zwei Flaschen mehrere hundert Gramm Jod eingenommen hatte. Außerdem hatte er einen syphilitischen Primäraffekt.

5. Erythema induratum Bazin, von George Pernet. Bei einem 15jährigen Mädchen fanden sich an den Unterschenkeln die typischen erythematösen indurierten Stellen. Besserung unter Jodeisensirup und Aufnahme leichterer Arbeit.

6. Fall zur Diagnose (Tuberkulid?), von W. Knowsley Sibley. Bei der 18jährigen Patientin traten vor zwei Jahren, angeblich nach einer Erkältung, kleine dunkelrote Knötchen auf der Oberlippe auf, die sich bald auf die Wangen und die Nasenspitze ausbreiteten. Sie blieben dann stationär, ulzerierten nicht. Bei der Untersuchung fanden sich an den genannten Stellen isolierte oder in Gruppen geordnete, derbe, erhabene Knötchen. Sie liegen oberflächlich, sind von dunkelroter Farbe, mit gelblicher glänzender Oberfläche, von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße. Bei Glasdruck bleiben graugelbe Flecke zurück. Die älteren Effloreszenzen zeigen leichte Fältelung an der Oberfläche, zentrales Einsinken, Erweiterung der oberflächlichen Gefäße und geringe Schuppung. Einige sind mit Hinterlassung einer kleinen atrophischen Narbe geschwunden. Die Oberlippe ist verdickt, auf der Schleimhautseite exkoriiert und verdickt. Histologisch fand sich in der Kutis ein Knötchen, bestehend aus schlecht gefärbten, durch Bindegewebszüge getrennten, epithelischen Zellen und Riesenzellen; das ganze Knötchen war von Bindegewebe umgeben. In der oberen Kutis ein dichtes Infiltrat.

In der Besprechung waren alle Redner einig, daß ein typischer Lupus vulgaris vorliege.

7. Fall zur Diagnose, von S. E. Dore und S. A. Kinnier Wilson. Der 54jährige Mann bemerkte vor 18 Monaten eine Schwellung unter dem Nagel des linken Zeigefingers; in der Folgezeit erkrankten alle Finger und Zehen; die Nägel zeigten längsverlaufende

Digitized by Google

Risse, die Finger waren blau, gespannt, ödematös, am ersten Phalangealgelenke verdickt, für Kälte sehr empfindlich. An den Füßen und den Unterschenkeln bestand deutliche Thermoanästhesie. Verfasser denken an Lepra.

8. Lichen scrophulosorum beim Erwachsenen, von H. G. Adamson. 18jähriger Patient mit Lupus vulgaris und Wirbeltuberkulose. Es finden sich vier ovale Flecke, die aus Gruppen braunroter, follikulärer, stecknadelkopfgroßer Knötchen bestehen.

9. Makulöse Atrophie nach einem sekundären Syphilid, von H. G. Adamson. Bei dem 38jährigen Manne finden sich am Stamme und unter dem rechten Auge runde oder ovale, in der Spaltrichtung der Haut gelegene atrophische Flecke. Sie sind von blaß-lila Farbe und geben beim Zutasten das Gefühl, als ob ein mit einer dünnen Membran bedecktes Loch sich in der Haut befinde. Die Flecke traten 10 oder 12 Monate nach dem Verschwinden eines sekundären Syphilids auf; ein Übergang des Exanthems in die Atrophie konnte nicht nachgewiesen werden.

10. Naevus linearis bei Mutter und Kind, von H. C. Samuel. Die 26jährige Patientin hatte einen wie flache Warzen aussehenden lineären Nävus, der in ihrem 16. Lebensjahre zuerst an der Brust und der Axilla und erst neun Jahre später am Halse und Unterarme aufgetreten war. Die 9jährige Tochter der Patientin zeigte den Beginn derselben Veränderungen an denselben Stellen.

11. Generalisierte atrophische Sklerodermie mit Sklerodaktylie, von F. Parkes Weber. Im selben Hefte als Originalarbeit erschienen.

12. Gleichzeitiger Herpes zoster am dritten und achten linken Dorsalsegment, von E. G. Graham Little. Bei dem elfjährigen Knaben begann die Affektion zuerst im achten Dorsalsegment; ohne vorhergehende Schmerzen traten mehrere Flecke mit typischen Herpesbläschen auf, die sich von der vorderen zur hinteren Mittellinie erstreckten. An den zwei folgenden Tagen traten im Bereiche des dritten Dorsalsegmentes zwei Flecke auf, einer an der Brustwarze, einer an der Spina scapulae. Der Zwischenraum zwischen den beiden Zonen, der fünf Dorsalsegmenten entsprach, war völlig frei von Krankheitserscheinungen. Das gleichzeitige Befallensein von zwei Segmenten ist bemerkenswert. Die Affektion entstand im Anschluß an einen Fall.

13. Dermatitis herpetiformis, von E. G. Graham Little. Bei dem achtjährigen Knaben traten vor 15 Wochen kleine Blasen am Nacken und an der linken Hüfte auf, die als Impetigo angesehen und mit Salbe behandelt wurden. Die Affektion verschlimmerte sich jedoch und bot folgendes Aussehen: auf der oberen Brust in einer dreieckigen Fläche dichtgedrängte, meist herpetiform angeordnete Bläschen auf entzündeter Basis. Bläschen und Blasen auf weniger roter Basis um den Nabel und am Abdomen. In der linken Hüfte, hinüberziehend über die Peniswurzel nach der rechten, ein stark entzündeter Streifen mit großen Blasen; ein ähnlicher am Nacken und zwischen den Schulterblättern. Vereinzelte, teils gruppierte Blasen an den Füßen und hinter den Ohren. Die Mundschleimhaut war frei. Die Effloreszenzen waren zumeist stecknadelkopfgroß, vereinzelte aber auch bis halbmandelgroß; sie verursachten heftiges Jucken und störten den Schlaf.

14. Epitheliom am rechten Schenkel, von E. G. Graham Little. Die Affektion wurde zuerst als Ulcus rodens, dann aber als Pagetsche Krankheit angesehen; die mikroskopische Untersuchung hat aber wieder die erste Diagnose retabliert. Doch finden sich einige ungewöhnliche Momente; so ist der Sitz äußerst bemerkenswert. Ferner waren die Ränder nicht hart, die Oberfläche zeigte eine eigentümliche, tomatenähnliche, rote Färbung; innerhalb dieser fanden sich einige Epidermisinseln. An der Stelle der Affektion soll sich früher ein Pigmentmal befunden haben; vor drei Jahren wurde dessen Oberfläche durch ein Trauma erodiert, und seither hat die Ulzeration langsam weitergegriffen. Die Leistendrüsen waren nicht vergrößert. Heilung durch Exstirpation.

Digitized by Google

Sitzung vom 15. April 1915. (Brit. Journ. of Derm., 1915, Nr. 5.)

1. Ulcus rodens, von GEORGE PERNET. Bei dem 26jährigen Patienten begann die Affektion vor zwei Jahren mit einem kleinen „Blütchen" in der linken Nasoorbitalregion. Dieses vergrößerte sich allmählich und wurde zu einem typischen Ulcus rodens. Bemerkenswert ist das jugendliche Alter des Kranken.

2. Gelbfärbung der Haut durch Pikrinsäure, von GEORGE PERNET. Der 40jährige Mann ist in einer Granatenfabrik beschäftigt. Durch die Hantierung mit Pikrinsäure ist die Haut, besonders des Kopfes, des Halses und der Hände gelb gefärbt; ebenso sind die Kopfhaare, die Augenbrauen und die Wimpern gelb verfärbt.

3. Persistierendes Geschwür der rechten Fußsohle nach Röntgenbestrahlung, von E. G. GRAHAM LITTLE. Die 24jährige Patientin war wegen einer Warze der rechten Fußsohle fünfmal durch $2^1/_2$—4 Minuten in einwöchentlichen Abständen mit Röntgenstrahlen behandelt worden. Eine Woche nach der letzten Bestrahlung entstand ein tiefes Geschwür mit breitem, rotem Rande. Nachdem es sich innerhalb von drei Wochen verkleinert hatte, brach es bei Wiederaufnahme der Beschäftigung neuerlich auf und vergrößerte sich unter lebhaften Schmerzen.

4. Folliculitis decalvans et atrophicans, von E. G. GRAHAM LITTLE. Die 55jährige Patientin hatte vor zehn Jahren einen entzündlichen Prozeß am Scheitel, der mit Haarausfall und Bildung kahler Stellen endigte. Vor fünf Monaten entstand unter heftigem Jucken ein ähnlicher Prozeß an der Stirn und den Seiten; gleichzeitig erschien eine juckende Eruption in den Achseln, den Leisten und den Ellenbeugen. An den genannten Stellen bestand eine gruppierte Follikulitis, die dem Lichen spinulosus ähnlich sah. In den Achseln und den Leisten waren die Haare ebenfalls ausgefallen. Es handelte sich um eine Folliculitis decalvans; die Affektion in den Achseln und den Leisten war vielleicht eine beginnende DARIERsche Krankheit.

5. Multiples Ulcus rodens der linken Wange von ungewöhnlich kurzer Dauer, von E. G. GRAHAM LITTLE Der 43jährige Mann hatte sich bei der Arbeit an der linken Wange zwei Wunden zugezogen. Am äußeren Augenwinkel entstand ein Abszeß. Bei der Untersuchung fand sich dort ein seichtes Geschwür mit erhabenem, derbem Rande, das beide Augenlider und die angrenzenden Wangenpartien einnahm. Etwas weiter unten ein wachsartiges Knötchen. Klinisch bot sich das typische Bild des Ulcus rodens. Keine Drüsenschwellung.

6. Syphilitische Gummata bei einem Kranken mit Diabetes insipidus, von J. H. SEQUEIRA. Der 35jährige Patient hatte typische gummöse Infiltrationen am Ellenbogen, an der Innenseite des Oberarmes und im oberen Teile des Unterarmes der rechten Seite. Die Affektion hatte sich innerhalb von zwei Monaten entwickelt und nicht zu Ulzeration geführt. Der Kranke litt an Diabetes insipidus, der wohl syphilitischer Natur sein dürfte.

7. Fall zur Diagnose, von S. E. DORE und S. A. KINNIER WILSON. Zu dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Falle trägt WILSON den genauen neurologischen Befund nach. Dieser veranlaßt ihn, Syringomyelie auszuschließen und Lepra anzunehmen.

8. Kulturen von Favus der unbehaarten Haut, von S. E. DORE. Verfasser zeigt Kulturen von dem in der Februarsitzung vorgestellten Falle. Sie sind nicht sehr typisch. Während Verfasser sie für alte Kulturen von Achorion QUINCKEANUM hielt, lehnen andere Verfasser diese Diagnose ab.

9. Fall von Epidermolysis bullosa, von W. KNOWSLEY SIBLEY. Die 50jährige Kranke leidet seit dem zweiten Lebensjahre an Blasenausbrüchen, die sie zu wiederholten Malen auf lange Zeit ins Krankenhaus geführt haben. Die Blasen haben nie das Gesicht, den Kopf, die Lendengegend und die Fußsohlen befallen. Die Haut, die in der Kindheit

Digitized by Google

sehr empfindlich war, weist an den befallenen Stellen nur Brennen auf. Bei dem geringsten Trauma treten die Blasen auf; in der letzten Zeit bevorzugen diese die Nähe der großen Gelenke. Bei der Untersuchung fanden sich oberflächliche Narben und Pigmentflecke auf der Brust, den Schultern, der Streckseite der Arme und Beine. Frische Blasen waren am rechten Olekranon, an den Knien und am rechten Fußrücken. Die Haut der Hände war faltig, narbig, am rechten Handrücken fand sich eine hämorrhagische Blase. Die Handflächen waren verdickt, die Nägel der Finger und Zehen fehlten und waren durch narbiges Gewebe ersetzt. Auch die Mundschleimhaut wies Narben auf.

10. Favus des Kopfes und Stammes, von J. H. Sequeira. Bei den Zwillingen war der Kopf gänzlich befallen. Außerdem zeigte der Knabe am Rücken, das Mädchen auf der Schulter große, unregelmäßige, schwefelgelbe Herde. Es fand sich Achorion Schoenleinii.

11. Fall von Erbsyphilis, von Haldin Davis. Das Kind zeigt Hutchinsonsche Zähne von interstitieller Keratitis. An der Nase finden sich tertiäre Ulzerationen, das Nasenseptum ist geschwunden. Der weiche Gaumen wurde bereits früher zerstört; ebenso finden sich Narben an den Wangen.

12. Fall von Lichen planus, von Douglas Heath. Bei dem 56jährigen Pat. besteht das Leiden angeblich seit Kindheit; in den letzten 10—15 Jahren sollen die einzelnen Herde, besonders an den Fingern und Handrücken, größer geworden sein. Im Sommer und Winter soll die Affektion höher sein, im Frühjahr und Herbst wieder abflachen. Die Finger sind auf der Dorsalseite mit erhabenen, bläulichroten, glatten, glänzenden Herden bedeckt. Am Körper finden sich zahlreiche Pigmentflecke. An der Ober- und Innenseite des rechten Oberschenkels ein schmaler Streifen atrophischer Haut, der sich gegen das Perineum hinzieht. Er ist offenbar der Rest nach lineärem Lichen planus; an der Außenseite desselben Schenkels findet sich ein blaßroter Streifen von lineärem Lichen planus.

13. Kulturen von Tinea mikrosporon der Kopfhaut beim Erwachsenen, von J. H. Sequeira und W. J. Aliver. Im Aprilheft ausführlich beschrieben.

R. Frühwald-Leipzig.

The British Journal of Dermatology.

Juni—Juli 1915.

1. Falsche Erythromelalgie. Bemerkungen über die nichtsyphilitische Arteriitis obliterans bei Juden, von F. Parkes Weber. Der 38jährige Jude aus Böhmen war immer gesund, nicht syphilitisch infiziert, ist mäßiger Zigarettenraucher. Das jetzige Leiden begann vor drei Jahren; die peripheren Teile des linken Fußes wurden rot oder zyanotisch. Wenn der Kranke ging, mußte er etwa alle fünf Minuten stehen bleiben, da sich starker Schmerz in der Fußsohle einstellte, der in der Ruhe rasch verschwand. Nach etwa zwei Jahren schwand das Leiden, doch stellten sich dieselben Erscheinungen im rechten Fuße ein. Der Kranke konnte nur fünf Minuten ununterbrochen gehen; er hatte aber nie die krampfartigen Wadenschmerzen, wie sie beim intermittierenden Hinken sich finden. Bei der Untersuchung fand sich der rechte Fuß rot und bläulichrot, der linke Fuß war von normaler Farbe; doch konnte auf beiden Seiten keine Pulsation der Arteria dorsalis pedis oder der anderen Fußarterien gefühlt werden. Sonst fanden sich keine bemerkenswerten Veränderungen. Die eingeleitete Therapie, Heißluft, Stauung usw. brachte nur wenig Besserung.

Verfasser bespricht dann kurz das Krankheitsbild, das fast ausschließlich bei erwachsenen Juden, besonders aus dem Osten, vorkommt; es befällt arme und reiche Leute. Die Affektion ist nicht durch Syphilis bedingt; dem starken Zigarettenrauchen schiebt

Digitized by Google

Verfasser wohl einen zu geringen ätiologischen Einfluß zu, als ihm tatsächlich zukommt. In manchen Fällen muß, hauptsächlich wegen der starken Schmerzen, zur Amputation geschritten werden.

2. Die pemphigoiden Eruptionen, von J. M. H. Mac Leod. Unter „Pemphigoid" will Verfasser hier nur die als Dermatitis herpetiformis beschriebene Pemphigusvarietät verstanden wissen. Auf Grund von etwa 100 Fällen, zu $^1/_4$ aus der eigenen Beobachtung, zu $^3/_4$ aus der englischen Literatur, gibt er einen Überblick über diese Affektion. Diese hat drei Hauptcharakteristika, die stets zu irgend einer Zeit im Verlaufe zu beobachten sind, und deren Fehlen Zweifel an der Diagnose berechtigt, nämlich: Multiformität der Eruptionen, herpetiforme Gruppierung und heftige subjektive Beschwerden. Die Polymorphie ist bedingt 1. durch die Verschiedenheit der Primäreffloreszenzen, 2. durch das gleichzeitige Vorkommen der verschiedenen Typen, 3. durch das Wechseln der Typen bei den einzelnen Anfällen, 4. durch die verschiedenen Entwicklungsstufen der Effloreszenzen und 5. durch die mannigfaltigste Verteilung und Gruppiernng. Die Primäreffloreszenzen sind Papeln, Papulovesikeln, Bläschen, Blasen und erythematöse oder urtikarielle Flecke. Die Polymorphie wird noch erhöht durch sekundäre, durch Kratzen, Reiben und pyogene Infektion bedingte Momente, wie Lichenifikation, Ekzematisation und Pustulation. Durch Abheilung der Effloreszenzen kommt noch Pigmentierung hinzu.

Die Gruppierung der Primäreffloreszenzen wie beim Herpes zoster ist das zweite Hauptmerkmal, fehlt aber öfter bei Fällen im Kindesalter. Die subjektiven Symptome sind Prickeln, Jucken, Brennen oder neuralgische Schmerzen; sie tragen meist paroxysmalen Charakter.

Die folgenden Symptome gehören zu den weniger konstanten. Das Allgemeinbefinden ist meist gut, selbst wenn die Haut in ausgedehnter Weise befallen ist; nur manche Fälle beginnen mit Allgemeinerscheinungen wie Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Erbrechen usw. Besteht die Krankheit sehr lange, so kann es infolge der subjektiven Beschwerden zu sekundärer Alteration des Befindens kommen, Schlaflosigkeit, Nervosität, Prostration usw. Die Schleimhäute sind in typischen Fällen nicht befallen. Doch kommen ab und zu auch erythematöse Flecke, Bläschen und oberflächliche Ulzerationen vor, meist an der Zunge, der Wangen- und Lippenschleimhaut, selten am Genitale und der Konjunktiva. Im Blute findet sich oft Eosinophilie, die in einzelnen Fällen hohe Grade erreichen kann. Doch ist dies Vorkommnis nicht so konstant, daß es in diagnostischer Hinsicht verwertet werden könnte, wie manche Verfasser wollten. Eosinophile Zellen wurden auch im Blaseninhalt und in dem Kutisinfiltrate gefunden. Im Urin wurde öfters Indikan gefunden. Der Verlauf der Affektion ist chronisch; sie kann kontinuierlich bestehen, meist erfolgt sie aber in Attacken, die durch völlige Remissionen getrennt sind.

Histologisch finden sich die Bläschen entweder im Epithel, oder zwischen diesem und der Kutis. Die umgebenden Stachelzellen sind meist ödematös, die interepithelialen Lymphspalten sind erweitert. In der papillaren und subpapillaren Schicht sind die Kapillaren und die Lymphgefäße erweitert, das Bindegewebe ödematös, dicht infiltriert.

Hinsichtlich der Ätiologie hat Verfasser gefunden, daß weder Alter, Geschlecht oder der Allgemeinzustand irgend einen Einfluß hat. Von auslösenden Momenten ist in erster Linie die Schwangerschaft zu nennen; hierher gehören die als Herpes gestationis, H. gravidarum und Hydroa gravidarum beschriebenen Fälle. Auf den Verlauf der Schwangerschaft übt das Leiden keinen Einfluß aus. Ferner sind zu nennen Menstruationsstörungen, nervöse Erregungen, Vakzination, Einnahme von Medikamenten.

Die Pathogenese der Erkrankung ist völlig unklar; am meisten Anklang hat die

Digitized by Google

Hypothese, daß es sich um eine Autointoxikation handle, die auf indirektem Wege, über das Nervensystem, die Hauterscheinungen hervorruft. Bei der Besprechung der Diagnose führt Verfasser zunächst aus, daß er die Impetigo herpetiformis für wesensgleich mit einem eitrigen Herpes gestationis hält. Er trennt die Dermatitis herpetiformis aber streng vom Pemphigus chronicus. Als unterscheidende Merkmale betrachtet er auf der Seite des letzteren: Uniformität der Eruption, die größere Dimension der Blasen, die disseminierte, irreguläre Lokalisation, das häufige Befallensein der Mundschleimhaut, das Fehlen von subjektiven Erscheinungen und die bei der Nekropsie gefundenen Alterationen des Nervensystems. Die Therapie ist nach wie vor machtlos gegen das Leiden; sie kann nur symptomatisch sein. Arsen, das früher als Heilmittel warm empfohlen wurde, hat seinen Ruf auch nicht bewährt. Salvarsan konnte ebenfalls nur Besserung bewirken.

Das Juliheft bringt die Aussprache zu diesem Vortrage. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Über das Geschlechtsleben und seine Gefahren, von Carl Uhl. (Leipzig, Johann Ambrosius Barth.) Für alle diejenigen, die sich mit dem heiklen Thema der sexuellen Aufklärung zu befassen haben, ist dieser vor Lehrlingen bei Entlassung aus der Gewerbeschule in München gehaltene Vortrag ein passendes Paradigma. Die Gefahren, die der Gesundheit aus dem Geschlechtsleben, speziell aus dem außerehelichen Geschlechtsverkehr erwachsen können, werden dem Verständnis der Laien, auch der Jugendlichen, dadurch nahe gebracht, daß der Verlauf der Geschlechtskrankheiten und ihre Folgezustände diesem Verständnis angepaßt kurz geschildert werden.

E. Klemm-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Im Anschlusse an angeborener Syphilis entwickelte und zurückgebliebene vollkommene Epiphyseolysis, von J. Vas-Budapest. (Orvosi Hetilap, 1913, Nr. 47.) Bei einem zwei Monate alten Kinde wurde vor fünf Jahren die Diagnose auf Lues congenita gemacht. Auf dem rechten Arm Pseudoparalysis mit gemäßigter Gedunsenheit. Der linke Oberarm ist ebenfalls gedunsen, schmerzhaft; die gedunsenen Stellen sind weich und lokalisiert um den Kopf des Oberarms; ebenfalls ist das Ende der oberen Epiphyse des linken Unterschenkels. Auf dem linken Oberarm aber, auf dem nach der Angabe der Eltern die Gedunsenheit weich geworden und vereitert ist, sind jetzt noch nach fünf Jahren Spuren vorhanden. Das Kind kann den Arm bis zur Schulterhöhe heben, darüber hinaus aber verrenkt sich der Arm nach rückwärts, aus welcher Lage er teils durch Muskelkraft, mehr aber noch durch eigenes Gewicht zurückfällt. An dem oberen Ende des Oberarms ist eine Narbe einer geheilten Fistelöffnung zu sehen. Mit Röntgen kann konstatiert werden, daß die Epiphyse des linken Oberarms sich von der Diaphyse losgetrennt hat. Die Diaphyse ist im Wachstum wesentlich zurückgeblieben, die Epiphyse aber ist wesentlich weitergewachsen. In diesem Falle liegt ein Fall von Osteochondritis luetica mit Epiphyseolyse vor.

M. Porosz-Budapest.

Digitized by Google

Syphilis der Wirbelsäule; deren Symptome und nervöse Komplikationen, von J. R. Hunt-New York. (Am. J. m. sc., August 1914.) Fälle von syphilitischer Erkrankung der Wirbelsäule sind nach einer Zusammenstellung von Ziesche (1911) insgesamt bisher 88 verzeichnet. Verfasser schildert ziemlich ausführlich noch vier Fälle seiner eigenen Beobachtung und stützt seine Deduktionen unter Einschluß von acht inzwischen von Fry, Sachs und Oppenheim mitgeteilten Beobachtungen auf 100 Fälle. Die Möglichkeit der luetischen Ätiologie soll bei akuter oder chronischer Spondylitis niemals außer acht gelassen werden. Der syphilitische Prozeß fängt manchmal ganz akut an, so daß Rheumarthritis vorgetäuscht wird, manchmal ganz langsam und schleichend. Mehr als die Hälfte der bisherigen Berichte beziehen sich auf den Zervikalteil der Wirbelsäule, wenn auch kein einziges Gebiet der letzteren eigentlich immun ist. Bei 25% der Fälle waren Komplikationen seitens des Nervensystems teils am Rückenmark selbst, teils an den Wurzeln und Plexus der Nerven zu konstatieren.

A. Philippi-Salzschlirf.

Zwei Fälle von Schädelsyphilis mit großen Sequestern, von J. Nicolas, H. Moutot und J. Gaté. (Province méd., 1914, Nr. 22.) Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von ausgedehnter Knochensyphilis des Hirnschädels. In beiden Fällen liegt die Infektion lange Jahre (8 bzw. 14) zurück. Die Knochenerkrankung begann 3 bzw. 4 Jahre vor dem zuletzt aufgenommenen Krankheitsbefund mit äußerst heftigen, abends und nachts exazerbierenden Kopfschmerzen von besonderer Hartnäckigkeit. Eine antisyphilitische Behandlung hat nach der Infektion überhaupt nicht stattgefunden, sondern erst von dem oben erwähnten Zeitpunkt ab, und zwar sowohl mit Hg wie mit Jod, in beiden Fällen aber absolut wirkungslos. Schließlich waren im ersten Fall handgroße Geschwüre auf dem behaarten Kopf mit Fistelöffnungen an der Stirn, im zweiten ein handflächengroßes Geschwür an der Stirn entstanden. Die Behandlung bestand in nach jetzigen Anschauungen nicht gerade sehr energischer Salvarsanapplikation (2 Einspritzungen zu 0,3 und 0,45 Salvarsan), der dann die operative Entfernung der Sequester folgte. In dem einen Falle handelte es sich dabei um multiple Sequester, in dem zweiten um einen Sequester von der Größe der Handfläche eines Erwachsenen, nach dessen Wegnahme die Dura mater freilag.

E. Klemm-Leipzig.

Kopftrauma und Syphilis als Ursachen von Verbrechen, von Bernard Glueck. (Bull. Am. acad. of M., Juni 1914.) Verfasser weist an der Hand einiger Beispiele darauf hin, daß in manchen Fällen, wo ein sonst normales Individuum plötzlich kriminell wird, ein Kopftrauma oder Syphilis in der Vorgeschichte nachgewiesen werden kann. Diese beiden Erkrankungen schaffen die geistige Minderwertigkeit, aus der dann das Verbrechen ententspringt. Deshalb muß in den oben genannten Fällen sorgfältig nach den beiden ätiologischen Faktoren geforscht werden, um einen Rechtsirrtum zu vermeiden.

R. Frühwald-Leipzig.

Polyarthritis syphilitca acuta, von Joseph Guszman-Budapest. (W. med. W., 1915, Nr. 4.) Der Bericht von drei Beobachtungen teilt bezüglich der ersten mit, daß die Gelenkentzündung im fünften Monat post infectionem einsetzte. Schmerzhaftigkeit und mäßige Fiebersteigerung hielt vier Tage an. Im zweiten Falle begannen die Symptome 14 Monate nach der Infektion und hielten etwa vier Wochen an. Beim dritten Patienten stellten sich Schmerzen und Gelenkschwellungen im siebenten Monat der Krankheit ein und verschwanden nach fast drei Monaten. Charakteristisch sind die nachts exazerbierenden Schmerzen. Therapeutisch bewirken hohe Joddosen einen raschen Ablauf.

H. Vörner-Leipzig.

Über die Häufigkeit der Syphilis in den inneren Organen, von O. Weill. **Sur la fréquence de la syphilis dans les affections viscérales,** par O. Weill.

Digitized by Google

(Ann. et Bull. de la soc. roy. des sciences méd. et nat. de Bruxelles, 1913, Nr. 10.) Bei einer Gesamtzahl von 1316 Kranken der inneren Klinik waren 295 Syphilitiker, d. h. 22,42% oder in runden Ziffern auf je fünf Kranke ein Syphilitiker. Der Verfasser hält diese Ziffer in Wirklichkeit noch zu gering, da nur die positiven WR berücksichtigt sind, die negativen Fälle trotz Syphilisanamnese nicht gezählt sind. Die Frage, ob die Syphilis eine Prädisposition für gewisse akute Erkrankungen abgibt, beantwortet W. für Rheumatismus, Typhus und Meningitis verneinend, hingegen für eine große Zahl von akuten Lungenaffektionen, bes. Pneumonie, bejahend. Sämtliche Fälle von Tabes, Paralyse, Aortenaneurysma und Gehirnsyphilis hatten entweder positive WR oder sichere syphilitische Anamnese. Unter 58 Fällen von Meningomyelitiden und Paraplegien waren 51 Syphilitiker. Bei den Epileptikern, bei denen das klinische Bild Syphilis als Ursache erwarten ließ, war die WR stets positiv. Bei den anderen Epileptikern stets negativ. Bei 62 Fällen von Arteriosklerose fand sich nur zehnmal WR positiv; bei 14 Diabetikern einmal. Die Zahl der Tuberkulosefälle war bei den Syphilitikern nicht größer wie bei den Nichtsyphilitikern. Die Gesamtsterblichkeit der Syphilitiker verhielt sich zu den Nichtsyphilitikern wie 3:2. In drei Fällen von Pneumonie war die WR positiv, nach dem Temperaturabfall negativ. Eine spezifische Anamnese lag nicht vor. Für die Ansicht, daß Bleikrankheit, Krebs, Malaria an und für sich eine positive WR machen könne, ergab die Statistik dem Verfasser keinen sicheren Anhalt. E. Brinitzer-Altona.

Mediane rhombische Glossitis des Zungenrückens, von Jourdanet. (Lyon méd., 1914, Nr. 29.) Verfasser demonstriert einen 52 jährigen Mann, früheren Syphilitiker. Er zeigt in der Medianlinie der Zunge eine Reihe von Buckel, die durch tiefe, gehirnwindungenähnliche Furchen voneinander getrennt sind. Der Herd reicht von den Papillae circumvallatae bis zum vorderen Zungendrittel, ist 1—2 cm breit, scharf umschrieben, derb. Die Buckel sind $^1/_2$ cm hoch; die Schleimhaut ist papillenlos, glatt, rötlich. Keine subjektiven Beschwerden. Verfasser diagnostizierte die von Brocq und Pautrier beschriebene Erkrankung und bespricht ihre Differentialdiagnose gegen Syphilis, Leukoplakie, Lingua geographica usw. R. Frühwald-Leipzig.

Syphilis des Ösophagus, von U. J. Wile. (Am. J. m. sc., Aug. 1914.) Eine 40 jährige Frau, welche wegen „Halsleidens" in Behandlung war, wurde dem Verfasser überwiesen, weil sich plötzlich eine Unpassierbarkeit des Ösophagus zu erkennen gab. Pat. gab an, daß Schlingbeschwerden leichterer Art schon seit acht bis neun Jahren bestanden hätten und gelegentliche Erstickungsanfälle seit etwa sechs Jahren. Das Röntgenbild ergab eine starke Verengung der Speiseröhre an zwei Stellen, und die Sondierung gelang nur mit den feinsten filiformen Bougies. Die Anamnese wies auf Lues hin. Unter Sondenbehandlung und kombinierter Salvarsan- und Quecksilbertherapie trat eine sehr bedeutende Besserung ein. Verfasser betont die Zweckmäßigkeit der fluoroskopischen Untersuchung unter Verwendung von Bismuthpaste für diese Untersuchungen. Fälle dieser Art dürften vielfach als karzinomatös gegolten haben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Verschiedenes.

Oberstabsarzt Prof. Richard Lenzmann-Duisburg, Chefarzt in einem Kriegslazarett, hat das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. Dezember 1915 | Nr. 49 | Band 61

Aus der ersten inneren Abteilung des städtischen R. Virchow-Krankenhauses zu Berlin, Vereinslazarett (Direktor: Prof. Dr. L. Kuttner).

Diffuse Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in der Nebennierengegend (traumatischer Morbus Addisonii).

Von

Dr. W. Fischer und Dr. H. Leschcziner.

Unsere Kenntnisse von den Ursachen des Krankheitsbildes, welches gemeinhin als Morbus Addisonii bezeichnet wird und dessen klinisch hervorstechendstes Symptom eine diffuse progrediente Hyperpigmentation der Haut ist, sind vorläufig noch recht unsichere. Wir wissen nur, daß dabei in den meisten Fällen eine Läsion der Nebennieren vorhanden ist, und neuere Arbeiten von Meirowsky, Königstein, Bittorf u. a. haben ergeben, daß die Funktionsstörungen dieses Organs mit den Hautveränderungen in einem zweifellosen Zusammenhang stehen. Wie aber die primäre Nebennierenschädigung entsteht, ist in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle vollkommen unklar. Schon frühere Autoren wie Lewin und Schmey erwähnen zwar Traumen als gelegentliche Ursache, ohne jedoch sichere Beweise dafür geben zu können. Soweit wir die Literatur überblicken, existieren bis jetzt nur zwei sichere Beobachtungen, bei denen im Anschluß an eine Verletzung (Stoß resp. Quetschung der Bauchorgane mit Rippenbruch) ein Addison auftrat; sie stammen von Borrmann (Arch. f. klin. Med., 1906) und Riemann (Inauguraldiss., München 1913).

Wir konnten im Verlaufe der letzten Monate einen in dies Gebiet hineingehörigen Fall beobachten, der uns auch dermatologisch so viel des Interessanten zu bieten scheint, daß wir seine kurze Beschreibung[1]) hier für angezeigt halten.

Der 21jährige Musketier Pr., dessen Familienanamnese, außer einer Tuberkulose der Mutter, nichts Beachtenswertes ergibt, wurde am 12. Febr. 1915 durch einen Gewehrschuß am Unterleib verletzt. Die Einschußöffnung saß halbhandbreit nach rechts von der Medianlinie am Rücken in Höhe des vierten bis fünften Lendenwirbels, die Ausschußöffnung handbreit oberhalb des

[1]) Eine eingehende Publikation durch Dr. Leschcziner erfolgt in Virchows Archiv.

Digitized by Google

Nabels. Am 24. Febr. wurde der Patient, dessen Wunde eine reaktionslose Heilungstendenz zeigte und der vorläufig keine nennenswerten Störungen seitens der Bauchorgane aufwies, mit einem Krankentransport eingeliefert. Anfang März fiel dem behandelnden Arzte eine starke braune Pigmentierung der Bauchhaut auf, für die sich eine äußere Ursache nicht nachweisen ließ.

Das vermehrte Pigment lag, wie an mikroskopischen Schnitten festgestellt wurde, hauptsächlich und zwar in körniger Form im Rete Malpighi und zeigte keine Eisenreaktion. Im Bindegewebe war es gegenüber der Norm nicht vermehrt.

Wir versuchten nun festzustellen, ob die Haut des Patienten auch auf äußere Reize hin mit einer verstärkten Pigmentierung reagierte und bestrahlten zu diesem Zwecke eine nicht sehr veränderte Stelle am Rücken mit der Quarzlampe (1 Minute, angedrückt). Nach dem Abklingen der Dermatitis trat in der Tat entsprechend dem belichteten Bezirk eine intensive, allmählich sich verstärkende dunkelbraune Verfärbung auf, die noch jetzt nach sieben Monaten deutlich sichtbar ist. Angeregt wurden wir zu diesem Versuche durch die schon mehrere Jahre zurückliegende Beobachtung des einen von uns (Fischer), der bei einem Tuberkulösen mit ausgedehnter fleckförmiger Dermatomykose des Rumpfes eine monatelang anhaltende, tiefbraune Pigmentierung der erkrankten Partien gesehen hatte. Bei diesem Patienten konnten damals durch Quarzlampenbestrahlung und durch andere entzündungserregende Mittel experimentell ebenfalls langanhaltende Pigmentierungen erzeugt werden. Nach dem Tode hatte schließlich die Sektion eine ausgedehnte tuberkulöse Verkäsung der Nebennieren ergeben, so daß augenscheinlich ein Zusammenhang zwischen vermehrter Pigmentbildung und einer Störung der Nebennierenfunktion vorlag, ohne daß es allerdings zu einer spontanen Pigmentvermehrung in der Haut gekommen war.

Der positive Ausfall dieses Versuches bestärkte die Vermutung, daß es sich bei dem Patienten um eine Verletzung der rechten Nebenniere mit nachfolgender Funktionsstörung handeln könne, und die genauere Beobachtung auf der inneren Abteilung unseres Krankenhauses (Dr. Leschcziner) bestätigte diesen Verdacht vollkommen.

Wir registrieren als bemerkenswerteste Symptome, die für die Diagnose in Betracht kommen:

1. Lymphozytose (39%);
2. Blutdruckherabsetzung auf durchschnittlich $^{50}/_{90}$ (normal $^{80}/_{125}$);
3. Hypoglykämie 0,07—0,048 (normal 0,08—0,09) und Erhöhung der Kohlehydrattoleranz;
4. leichte Veränderungen des Purinstoffwechsels;
5. schnelle Ermüdung bei körperlichen Anstrengungen;
6. gedrückte, weinerliche, schwankende Stimmung mit fehlenden Affekten;

Digitized by Google

7. allmählich zunehmende Pigmentierung der Haut; ausgehend von der Unterbauchgegend und sich auf die Achselhöhlen, Leistenbeugen und den übrigen Rumpf verbreitend (die Schleimhäute sind bis jetzt frei geblieben);
8. die hierunter referierten Versuche über Pigmentbildung an überlebenden Hautstücken nach den Methoden von Meirowsky und Bittorf, die hier zum erstenmal an Lebenden ausgeführt wurden.

Meirowsky wies 1911 (Münch. med. Wochenschr.) nach, daß in der Haut von Addison-Kranken durch Erhitzung im Paraffinschrank im Gegensatz zu Hautstücken von normalen Leichen noch fünf Tage nach dem Tode eine intensive Pigmentierung hervorgerufen werden kann. Er nimmt an, daß der Pigmentstoffwechsel durch die Funktion der Nebennieren reguliert wird, indem dabei bestimmte Eiweißspaltungsprodukte der Epidermis (Tyrosin und seine Derivate) weiter verarbeitet werden. Bei einer Störung in dieser Regulation würden dann diese Stoffe in der Epidermis durch Oxydasen in Pigment umgewandelt, bevor eine Resorption in die Blutbahn stattfinden kann. Schon früher (1910) hatte Königstein (Wien. klin. Wochenschr.) experimentell eine gesteigerte Pigmentbildungsfähigkeit an Hautstücken von Hunden festgestellt, denen die Nebennieren exstirpiert waren. Umgekehrt konnte er dieses Phänomen wieder aufheben, wenn diesen Tieren Adrenalininfusionen gemacht wurden. Auch aus diesen Versuchen geht ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Hautpigment und Nebennierenfunktion hervor.

Die Mitteilung von Bittorf im Arch. f. klin. Medizin, Bd. 75 aus dem Jahre 1914 beschäftigt sich ebenfalls im wesentlichen mit der Entstehung des Pigmentes beim Addison. Er verlegt den Ort der Entstehung ausschließlich in die Epidermis, und tritt für einen direkten Zusammenhang mit der Nebennierenläsion ein. Bei der Nachprüfung der Meirowskyschen Versuchsanordnung wendet er nicht eine bloße Erhitzung an, sondern setzt den Flüssigkeiten aromatische Substanzen (Adrenalin, Tyrosin) zu; er geht dabei von der Überlegung aus, daß die Produkte, welche zur Pigmentbildung führen, eine chemische Verwandtschaft zum Adrenalin und Tyrosin haben, so daß es also bei vermehrtem Vorhandensein von Propigmenten in der Addison-Haut durch die Anwesenheit dieser Stoffe zu schnellerer und intensiver Pigmentbildung in derselben kommen muß. Die Resultate seiner Versuche entsprechen dieser Annahme.

In der gleichen Versuchsanordnung unterwarfen wir dem lebenden Patienten entnommene kleine Hautstückchen von der Bauchgegend der Erhitzung. Als Kontrolle benutzten wir Haut von einem gesunden, brünetten Manne von der entsprechenden Körperstelle. Wie die folgende Tabelle zeigt, sind die Resultate im Sinne Meirowskys und Bittorfs einwandsfrei positiv. Die Stärke der Nachpigmentierung ist durch die Zahl der Kreuze veranschaulicht, wobei + eine geringe Braunfärbung, ++++ eine Schwarzfärbung bedeutet.

Digitized by Google

Einlegeflüssigkeit	Haut des Kranken		Kontrollhaut vom Normalen	
	37%	58%	37%	58%
Physiol. Kochsalzlösung .	+?	+++	—	+ (nach 36 Stunden)
Adrenalin 1/1000	++++ Rotbraunfärbung der Flüssigkeit		+ Zartrosafärbung der Flüssigkeit	
„ 1/50000	++		+?	
„ 1/100000 . . .	++		—	
Schwach alkalisches Tyrosin	+++		+	
5% Sodalösung	+?		—	

Wir glauben auf Grund aller dieser Befunde berechtigt zu sein, in dem vorliegenden Falle die auffällige progrediente Hautpigmentierung auf eine Verletzung der rechten Nebenniere oder eventuell ihrer nervösen Anhangsgebilde (Sympathikusstränge) zurückzuführen. Jedenfalls entwickelte sich in direktem, unmittelbarem Anschluß an das Trauma ein Krankheitsbild, welches die wesentlichsten Symptome des Morbus Addison aufweist.

Der Beachtung wert erscheint unsere Beobachtung aus verschiedenen Gründen: Es konnte bei ihr zum erstenmal am lebenden Menschen der Nachweis einer gesteigerten Pigmentbildungsfähigkeit der Haut nach der Methode von Meirowsky und Bittorf zur Diagnosenstellung einer Nebennierenerkrankung verwertet werden. Zugleich ist der positive Ausfall unserer Versuche eine Bestätigung der Befunde dieser Autoren auch intra vitam. Es scheint sich ferner aus den Quarzlampenversuchen zu ergeben — was durch die Bearbeitung weiteren Materials sichergestellt werden müßte —, daß bei Nebennierenschädigungen, auch ohne daß es, wie in dem früheren Fall, zu einer spontanen Hyperpigmentation zu kommen braucht, das Hautorgan auf äußere, die Pigmentbildung erfahrungsgemäß anregende Reize mit einer über die Norm hinausgehenden, intensiven Pigmentvermehrung antwortet. Es würde dies auffällige Phänomen eine Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel für solche Affektionen bedeuten.

Schließlich erlaubt die bis jetzt einzigartige Entstehungsweise des vorliegenden Symptomkomplexes durch Schußverletzung im Unterleib den einwandsfreien Schluß, daß es in der Tat einen traumatischen Morbus Addison gibt, was in medizinisch-forensischem Sinne von wesentlicher Bedeutung ist. Insofern ergänzt der Fall die Mitteilungen von Borrmann und Riemann.

Digitized by Google

Feuilleton.

Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber Geschlechtskranken.

Von

Dr. jur. Hans Lieske, Leipzig.

Wer vom Kampfe des Rechts gegen venerische Infektionen berichten soll, ist dabei auf juristisches Rüstzeug kümmerlichster Art angewiesen. Sittenpolizeiliche Leitsätze bei der Kontrolle der Gewerbsunzucht erschöpfen nahezu den vorhandenen Stoff. Die Erkenntnis freilich, daß damit blutwenig gedient ist, meldet sich in der Literatur hin und wieder zum Wort. Aber das Gesetz hat selbst in der für die Reformation geplanten Gestalt auf Sand gebaut. Von einer höheren Gerichtsbarkeit allmählich geschmiedete Grundsätze fehlen desgleichen: das Reichsgericht hat noch kaum Veranlassung gehabt, in der Fehde gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten überhaupt seine Stimme zu erheben. Die Schuld an dieser das geltende Recht gegen die sexuelle Ansteckung auszeichnenden Ohnmacht aber ruht in der Wahrheit des Satzes, daß, wo kein Kläger, auch kein Richter ist. Da aber die Voraussetzung der Denunziation doch für die Verwirklichung jeglicher der Ansteckung gewidmeten Strafdrohung in praxi aller Weisheit letzter Schluß ist, muß eben eine Strafgesetzgebung, die Leichtsinn und Schlechtigkeit venerisch Ansteckender bekriegt, papierene Weisheit bleiben. Denn jetzt wie künftig verbieten Furcht, Scham und Klugheit das Ausplaudern des erlittenen Schadens oder der heil überstandenen Gefährdung. Die Geschlechtsärzte werden das aus der Beobachtung heraus, daß alle Patienten vor allem den glühenden Wunsch nach bestmöglichem Verborgenbleiben der Krankheit vor der Mitwelt haben, wohl überwiegend bestätigen. Und die Rechtsauslegung unterstreicht gelegentlich sogar dieses dringende Begehren, daß ja nichts von dem Unglück der Betroffenen durchsickert, und begründet es mit einer die Ansteckungsbekämpfung direkt vernichtenden Logik. Als schlagender Beweis diene die Auslegung einer Bestimmung aus dem Handelsrecht. Danach behält ein Handlungsgehilfe bei unverschuldeter Verhinderung an der Dienstleistung sechs Wochen lang seinen Gehaltsanspruch[1]). Geschlechtlich krank gewordenen Handlungsgehilfen aber wird dieses Benefiz von eminenter sozialer Tragweite von um das Handelsrecht hervorragend verdienstreichen Federn abgesprochen. Denn „geschlechtliche Erkrankung ist stets als verschuldet zu betrachten. Über die sittliche Seite kann man hierbei sehr nachsichtig denken und muß doch zugeben, daß in rechtlicher Hinsicht ein Umstand vorliegt, den der Betreffende zu vertreten hat“[2]). Uns dünkt zwar eine solche Auffassung als Verkehrtheit von direkt tragischem Endergebnis. Denn was ist der Erfolg? Der Handlungsgehilfe, der Brot und Lohn nicht einbüßen kann und will, und dem man auch bei Neubewerbung nicht nachsagen soll, er habe seinen früheren Posten durch seine „Schuld“ verloren, schleppt sich mit seiner ansteckenden Krankheit, solange es irgend geht, ins Geschäft und vermeidet ängstlich ein Bekanntwerden seines Leidens. Damit aber ist naturnotwendig auch das Unterlassen mindestens rechtzeitigen Anrufs ärztlicher Hilfe motiviert, da ein Bestellen des Arztes auf die Wohnung die finanziellen

[1]) Handelsgesetzbuch § 63. — [2]) Vgl. darüber Staub, Kommentar zum Handelsgesetzbuch, 9. Aufl., 1. Bd., 336.

Digitized by Google

Kräfte meist überschreiten wird, ein Besuch in der Sprechstunde aber überwiegend in die Geschäftszeit des Handlungsgehilfen fällt. Infolgedessen bedroht er mit seiner frischen Lues nicht nur seine Kollegen aufs gefährlichste, sondern er macht auch dank nicht rechtzeitig erfolgter ärztlicher Belehrung und Behandlung seine eigene Heilung besonders zeitraubend und schwierig, ja nicht selten vielleicht überhaupt unmöglich. Wenn solche Gesetzesauslegung einen nach Millionen zählenden Stand trifft, wenn die Gerichtspraxis soziale Fürsorgegesetze derart deutet, so muß leider gesagt werden, daß das herrschende Recht die Krankheitsbekämpfung nicht nur nicht fördert, sondern im Gegenteil einer Überhandnahme geschlechtlicher Erkrankungen geradezu Vorschub leistet. Was hilft uns der demgegenüber fleisch- und blutlose Satz, wonach die Infektion möglicherweise als Körperverletzung zu ahnden ist. Denn herrscht jetzt etwa noch ein Zweifel an den Gründen der Abneigung einer Anzeige? Abgesehen davon, daß selbst bei erfolgter Denunziation der Beweis, daß gerade der Angezeigte infizierte, nicht ganz einfach ist. Schließlich aber enthebt uns am schlagendsten der wiederholte Hinweis weiterer Worte über die Anzeigeunterlassung, daß der Praxis Verhandlungen gegen geschlechtskranke Körperverletzte so gut wie fremd sind: ein Ausrufzeichen für die Richtigkeit der theoretischen Erwägungen.

Damit aber sind gleichzeitig die Strafrechtsbestrebungen der Reformatoren gerichtet. Denn der Kern des reformatorischen Gedankens beruht in der geplanten Bestrafung nicht nur der erfolgten Infektion, sondern schon der Gefährdung durch den Beischlaf.

Man weist deshalb als Vorbilder auf die Vorentwürfe des österreichischen und schweizerischen Strafgesetzbuches, die beide das Ingefahrbringen bestrafen, und zwar am striktesten Österreich, wo Gefängnis dem Geschlechtskranken droht, der einen mit der Gefahr der Ansteckung verbundenen Geschlechtsverkehr ausübt[1]).

Die durch Befolgung solcher Beispiele genährten Hoffnungen als trügerisch zu erweisen bedarf es, meine ich, schlichtester Überlegung nur. Denn daß ein Kranker einen anderen „gefährdet" hat, läßt sich ohne Zweifel in der erdrückenden Mehrheit der Fälle eben auch nur im Wege der Anzeige von seiten des gefährdet Gewesenen feststellen. Der Gefährdete aber merkt von der Gefahr gewiß regelmäßig nicht früher, als diese sich an ihm verwirklicht hat, er also krank geworden ist. Dann schweigt der Gefährdete aus den schon oben angeführten Motiven selbstverständlich. Sollte er aber in der Tat von der Gefahr nicht ergriffen worden sein, so kann er, bei dem Charakter gerade der Geschlechtsleiden und vornehmlich der Lues, doch auf Jahre hinaus mit der Chance rechnen, daß sich solch böser Erfolg doch noch offenbart. Sich aber durch allerlei zeugenschaftliche Vernehmungen oder sonstige Folgen einer Denunziation als einen bloßzustellen, über dem das Damoklesschwert des Ausbruchs der Krankheit beständig schwebt, wird er sich ebenfalls schwer hüten. Damit dürfte die Aussichtslosigkeit strafrechtlicher Verfolgung auch für das Recht der Zukunft begründet sein[2]).

Alle Erwartungen darauf, dieses furchtbare, volksvergiftende Übel einzudämmen, ruhen deshalb auf den Schultern der Sanitätspflege. Daß sich die Jurisprudenz einer solchen wenigstens nicht versperrend in den Weg stellt, das verlangen wir dabei allerdings von ihr. Wir fordern, daß die armen Menschen, die das Opfer einer ihren Körper mit Verheerung bedrohenden Ansteckung geworden sind, nicht weiterhin als Aussätzige, Schuldbeladene gebrandmarkt werden. Wir heischen weitestgehende Leistungen der Krankenkassen zur Begünstigung der Heilung, wir verpönen eine Gesetzesauslegung, die jegliche im Beischlaf erworbene Infektionskrankheit als „selbstverschuldetes Übel" straft.

---

[1]) Zeitschrift für Rechtspflege in Bayern, 1911, S. 197. — [2]) Vgl. meine Ausführungen „Die Ansteckung im Lichte fortschreitender Strafgesetzreform."

Digitized by Google

Wenn Pharisäergeist, Kurzsichtigkeit und Schablonenjustiz irgend Schaden stiften kann, so trifft das in diesem Kapitel zu. Denn jeder Geschlechtsarzt bestätigt, daß ein durch die teilweise immer noch herrschenden Zeitanschauungen großgezogenes Vertuschungssystem das verderblichste Hemmnis im Kampfe ist. Gerade hier gilt es vielmehr, als Mensch rein Menschliches menschlich und also weitherzig und klug zu empfinden und ohne Vorwürfe und Nasenrümpfen alles zu tun, was einem Kranken not ist, ihn also zu unterstützen und zu beraten, wo und wie es geht, und vor allem ihn schnellstens zu seiner Genesung der rechten Schmiede zuzuführen. Ob das Recht der Zukunft dabei nicht wenigstens für diesen eminent wichtigen Zweig der Heilkunde gut daran täte, das Prinzip der absoluten Kurierfreiheit einzuschränken und damit die wüsten Vergehen, die Charlatane gerade Geschlechtskranken gegenüber sich fort und fort zuschulden kommen lassen, einigermaßen zu verhindern, das wäre jedenfalls ernstlich zu bedenken. Sicherlich würde damit tausendmal mehr erzielt, als durch die letzten Endes zwecklose Strafe, mit der man fürder die Gefährdung bedrohen will.

Nannten wir aber rücksichtslose Offenheit das Haupterfordernis für nachdrückliche Bekämpfung der Geschlechtsleiden, so ergibt sich daraus von selbst der Wert der Garantie, daß sich der Kranke ganz ungescheut und ohne jegliche Furcht vor einem Bekanntwerden seiner Mitteilungen dem Geschlechtsarzte anvertrauen darf. Leider herrschen hinsichtlich der Art und des Umfangs, wie der Staat für Wahrung der Verschwiegenheitspflicht gesorgt hat, selbst in der Jurisprudenz gerade über das Wesentliche recht geteilte Meinungen. Die Streitpunkte über das Wesen des geschlechtsärztlichen Berufsgeheimnisses seien darum hier kurz vorgetragen und kritisiert.

Daß Ärzte ihnen von Berufs wegen anvertraute Privatgeheimnisse bei Vermeidung strafrechtlicher Verfolgung nicht offenbaren dürfen, ist jedem Leser bekannt. Auch über den Begriff des Anvertrauens wird sich der Geschlechtsarzt kaum im Zweifel sein. Läßt ihn ein Patient den nackten Körper untersuchen, nun, so sagt ihm der Befund selbstredend mehr, als die Zunge des ihn Konsultierenden. Anvertraut ist eben alles, was dem Arzte erst auf Grund seines Berufs zugänglich wurde. Wer wegen Behandlung einer Gonorrhoe zum Arzte kommt, und der Arzt stellt dabei gleichzeitig Lues fest, hat, obschon er um die Tatsache seines Leidens an Lues gar nichts zu wissen braucht, ihm also auch das Bestehen dieser Krankheit anvertraut. Wurde doch der Arzt auch hier dank beruflicher Betätigung Träger jener Kenntnis.

Geheim zu halten sind deshalb auch die Mitteilungen, die Angehörige oder Pfleger über den Patienten machen, und wären diese Berichte auch noch so unwesentlich und lediglich das Privatleben des Kranken betreffende.

Dagegen darf logischerweise all das nicht als anvertraut gelten, was der Arzt auf Grund rein zufälliger Wahrnehmung an ihm fremden, mit seiner beruflichen Betätigung außer jedem Konnex stehenden Menschen erfährt, wenn er also beispielweise an einer von ihm nicht behandelten Person offenkundige Zeichen von Syphilis bemerkt. Hervorhebenswert erscheint hier nur noch, daß also auch Mitteilungen an Kollegen unter Kennzeichnung der Person des Patienten unerlaubt geheißen werden müssen und die Sünden gegen das Berufsgeheimnis obendrein unter Umständen auch durch Publikation von Arbeiten in der Presse oder durch Demonstrationen bei ungenügender Verheimlichung der eine Erkennung ermöglichenden Momente begangen werden können[1]). Ohne Einwilligung des Patienten einen Kollegen wegen besonderer Eigenart eines Falles bei der Operation als Zuschauer zuzulassen, erscheint — was nach meiner Beobachtung nicht immer bedacht wird — nach alle dem desgleichen als strafbare Geheimnisverletzung,

[1]) Deutsches Ärzterecht, Berlin 1911, Verlag Franz Vahlen, Bd. 1, S. 100/01.

Digitized by Google

Das Moment der Einwilligung entscheidet also über Erlaubtheit oder Verbotenheit der Preisgabe von ärztlichen Berufsgeheimnissen. Eine stillschweigende Zustimmung zur Offenbarung aber besteht, wenn sich eine Person im Auftrage eines Dritten untersuchen und behandeln läßt. Das Reichsgericht sagt darüber: „Niemand ist verpflichtet, sich für einen Dritten von einem Arzte untersuchen zu lassen und ihm Angaben zu machen. Läßt sich aber jemand auf solche Untersuchung ein, dann tut er das doch nur zu dem Zwecke oder mindestens mit dem Bewußtsein, daß der Arzt die ihm bei der Untersuchung kund gewordenen Tatsachen dem Dritten mitteilen wird. Diese Tatsachen sind dem Arzt dann nicht als geheim zu haltende anvertraut, sondern sie sind ihm im Gegenteil zur Mitteilung an Dritte kundgegeben. An dieser Eigenschaft der Mitteilung kann eine spätere Erklärung des Mitteilenden an den Arzt, daß letzterer die Angaben geheim zu halten habe, nichts mehr ändern." Auf der gleichen selbstverständlichen Rechtsdeutung ruht die Erlaubtheit, Kassen, Versicherungsgesellschaften und Berufsgenossenschaften das zu berichten, worauf es ihnen unbedingt notwendigerweise ankommt.

Bei der allgemein verbreiteten Kenntnis über die Grundzüge des Berufsgeheimnisses werden diese, einige Spezialfälle behandelnden Sätze genügen.

Sind nun die Ärzte im gewöhnlichen Leben bei Strafvermeidung zur Schweigepflicht angehalten, so sind sie als Zeugen vor Gericht „berechtigt", über Tatsachen auszusagen, worauf die Verschwiegenheitspflicht sich bezieht. Also brauchen sie jedenfalls unter keinen Umständen ihre Patienten preiszugeben, und sie werden es auch kaum jemals tun, selbst wenn es im Einzelfalle vielleicht ratsam erschiene. Sie werden es nicht tun, um das grundsätzliche blinde Vertrauen, das gerade der Geschlechtskranke zu seinem Arzte haben muß, und das den allerstärksten Wall bildet gegen ein unnötiges Umsichgreifen der Seuchen und gegen Besuche von Kurpfuschern, nicht durch Ausnahmen in seinen Fundamenten zu erschüttern. Ja, es wird sogar die Meinung vertreten, als verbiete auch die Prozeßordnung mit ihrer Wortfassung direkt eine Aussage über Geheimzuhaltendes. Nach jener Auffassung konnte die Prozeßordnung „naturgemäß" nichts weiter sagen, als daß der Zeuge berechtigt ist, wegen des Berufsgeheimnisses die Aussage zu verweigern. Ob er dazu verpflichtet sei, sage nicht die Prozeßordnung, sondern das materielle Recht. Deshalb sei der Arzt, der zur Zeugnisverweigerung berechtigt sei, dazu auch verpflichtet [1]).

Diese Meinung erscheint mir allerdings durchaus unzutreffend. Wenn die Prozeßordnung in Kenntnis der sonst geltenden Verschwiegenheitspflicht lediglich erklärt, daß das Zeugnis verweigert werden „kann", so statuiert es aller Logik nach damit für den ärztlichen Zeugen die Erlaubnis, zu reden oder zu schweigen, je nach seinem Gutdünken. „Da aber nur ein Recht des Zeugen zur Verweigerung des Zeugnisses durch die Prozeßordnung begründet wird, so darf eine hierher fallende richterliche Frage auch nicht abgelehnt werden [2])."

Danach erscheint der Geschlechtsarzt zu der Ablehnung der Aussage vor Gericht nicht vom Gesetz, sondern nur von seinem Gewissen angehalten. Am wichtigsten und schwierigsten ist aber sonderlich für den Geschlechtsarzt der Fall der sogenannten Pflichtenkollision, ein Problem, ebenso bedeutungsreich als leider strittig. Der Beispielsfall, in dem sich das Problem offenbart, ist bekannt: Der Arzt einer syphilitisch erkrankten Frauensperson teilt der Mutter eines frisch geimpften kleinen Kindes die Tatsache, daß seine Patientin an „ansteckender Krankheit" leide, mit, weil nur dank dieser Mitteilung die Gefahr der Ansteckung, die dem von der Kranken regelmäßig mit ins

[1]) Deutsches Ärzterecht. S. 69. — [2]) so Gaupp-Stein, Zivilprozeßordnung, 8./9. Aufl., Bd. 1, S. 87.

Digitized by Google

Bett genommenen Kinde droht, aus der Welt zu schaffen ist. Hat der Arzt strafbar gehandelt, sofern er die drohende Gefahr durch Preisgabe des ihm Anvertrauten behob und schweren Schaden damit von anderen abwandte? Der darob jedenfalls angeklagte Arzt gibt an, er habe sich in Pflichtenkollision befunden, da die Unterlassung der durch die Fürsorge für das Kind der verehelichten J. gebotenen Mitteilung ihn möglicherweise wegen fahrlässiger Körperverletzung strafbar hätte machen können. Vor dem Reichsgericht fand er damit Gehör und erzielte Freispruch. „Denn für das Reichsgericht ist die ärztliche Schweigepflicht keine absolute, das Gesetz behält vielmehr, indem es eine unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen erfordert, das Bestehen einer Befugnis zur Offenbarung ausdrücklich vor, ohne diese Befugnis nach irgend einer Richtung hin einzuschränken. Sie kann mithin auch durch anderweite Berufspflichten, wie z. B. die, die Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben, gegeben seien. Hiernach war zu erwägen, ob es zur gewissenhaften Ausübung der Berufstätigkeit nicht auch gehöre, Patienten, denen die Gefahr einer Ansteckung durch Personen droht, mit denen sie in nähere Beziehungen kommen, vor dieser Gefahr zu warnen."

Diese Frage aber bejaht das Reichsgericht und kommt daraufhin zu dem freisprechenden Urteil [1]).

Einen hochüberraschenden Entscheid eines oberen Gerichtshofs über die Frage: „Wann muß die Befugnis des Geschlechtsarztes, vor Gericht das Zeugnis zu verweigern, hinter der sittlichen Pflicht zur Preisgabe des Geheimnisses zurücktreten?" mußte weiter vor einiger Zeit ein Zivilsenat des Reichsgerichts korrigieren. Der Fall lag wie folgt: Ein praktischer Arzt wird als Zeuge darüber benannt, ob er im Mai 1899 den Beklagten an frisch erworbener Syphilis behandelt habe. Natürlich verweigert er die Aussage. Er wird aber vom Prozeßgericht als zeugnispflichtig erklärt. Auf Beschwerde hiergegen hebt das Reichsgericht dies Urteil zum Glücke auf und entbindet den Arzt vom Aussagezwang. Es kann — nach dem Reichsgericht — im allgemeinen keinem Zweifel unterliegen, daß, wenn ein Arzt bei Behandlung eines Patienten bei diesem eine geschlechtliche Krankheit feststellt, ihm damit ein Privatgeheimnis desselben anvertraut ist, und daß es ganz besonderer Gründe bedarf, um jede Offenbarung dieses Geheimnisses an eine andere Person als eine befugte erscheinen zu lassen. Andrerseits wird nicht geleugnet, daß, wenn diese andere Person gerade der Ehegatte des Patienten ist, sich mancherlei solch besondere Gründe denken lassen, ja, daß es sogar unter Umständen als ganz berechtigt erscheinen kann, wenn der Arzt gegen den ausgesprochenen Willen des Patienten dem Ehegatten desselben Mitteilung von einer solchen Krankheit macht. Denn wie es Rechtspflichten gibt, die einer Verschwiegenheitspflicht vorgehen können, so sind auch höhere sittliche Pflichten anzuerkennen, vor denen die Verpflichtung zur Verschwiegenheit zurücktreten muß. So kann es z. B. unter Umständen für den Arzt geboten erscheinen, der Ehefrau von der geschlechtlichen Erkrankung des Mannes Kunde zu geben, um eine Ansteckung derselben nach Möglichkeit zu verhindern, wie es auch vielleicht nicht schlechthin ausgeschlossen wäre, eine solche moralische Mitteilungspflicht unter besonderen Umständen dritten Personen gegenüber als gegeben anzusehen. Hier aber liegt solch sittliche Pflicht nicht vor, da es sich nicht um Gesundheitserhaltung handelt, sondern nur um Herbeischaffung von Beweismaterial zur Überführung begangenen Ehebruchs [2]).

Während also in dem vorher genannten Strafurteil von der erlaubten Verletzung der Schweigepflicht im Interesse behandelter Patienten gesprochen wurde, erkennt hier

---

[1]) Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen, Bd. 78, S. 62. — [2]) Entscheidung des R.-G. in Zivilsachen, Bd. 53, S. 315.

Digitized by Google

unser oberster Gerichtshof klipp und klar die Erlaubnis an, bei danach angetanen Fällen das Schweigegebot gegenüber jedermann, dem die Kundgabe des Anvertrauten von körperlichem Nutzen werden kann, zu ignorieren.

Diese Stellungnahme des Reichsgerichts mit ihrer Lizenz der Verletzung des Berufsgeheimnisses hat eine Aussprache hierüber in der juristischen Fachliteratur zur Folge gehabt — und zwar lauten die darob sich meldenden Stimmen teils zustimmend, teils tadelnd[1]).

Man hat in den Besprechungen der Urteile behauptet, daß gerade die Ärzteschaft die reichsgerichtliche Meinung froh begrüßen werde. Das wird aber, denke ich, kaum allgemein zutreffen. Denn die Gewissensnot der Ärzte wird doch ohne Zweifel dadurch, daß persönliches ärztliches Empfinden nun zum Träger derartig hochbedeutsamer Entschlüsse gemacht werden soll, auf das empfindlichste gesteigert.

Bislang konnte der unbedingt verschwiegene Arzt hinter den Thesen des Gesetzes Schutz und Richtschnur suchen. Die Freude an solchem Enthobenwerden aus der Kalamität des Zweifels regt sich nicht etwa aus dem nicht eben ruhmreichen Grunde, weil dem Arzte eine verantwortliche Gedankenarbeit erspart würde. Vielmehr stützte sie sich auf die Erkenntnis, daß, selbst wenn man rechtfertigende Umstände zum Bruche der Verschwiegenheit gelten lassen möchte, doch ein Generalverbot des Ausplauderns gewiß mindestens ebenfalls auf das stichhaltigste sich motivieren läßt. Nach den Grundsätzen des Reichsgerichts aber müssen natürlich die Entscheidungen der Ärzte grundverschieden ausfallen, verschieden je nach Urteil und Empfinden des Arztes, ob im Einzelfalle der Patient, der vertrauensvoll zum ärztlichen Berater kam, schutzbedürftiger ist oder etwa die durch ihn bedrohte Umwelt.

Dieser Mehrung der Gewissensnot aber gesellt sich als übler Geleiter die stete Aussicht einer Bestrafung hinzu, falls sich der Arzt — in den Augen der Gerichte — unrichtig entschied, falls also die Gerichte meinen, daß er hätte schweigen müssen, während der Arzt glaubte, reden zu sollen. Denn wenn man als Verteidigung ausplaudernder Ärzte die Berufung auf einen Irrtum stets als Entlastungsmoment gelten lassen wollte, was bliebe da schließlich von der ganzen gegen die Geheimnisverletzung sich wendenden Strafdrohung überhaupt noch übrig?

Nicht genügend jedenfalls, um das Vertrauen der kranken Menschheit zu dem ärztlichen Berater zu fundieren. Die verheerenden Konsequenzen eines solchen Vertrauensmangels aber erscheinen nunmehr, nachdem namentlich auch die mit dem Bekanntwerden von Geschlechtsleiden sich verknüpfenden schlimmen wirtschaftlichen Folgen der Kranken gestreift sind, für weitere Worte zu offenkundig. Jeder Geschlechtsarzt, von dem bekannt würde, daß er — unter grober Verletzung der vitalsten Interessen der Patienten — geplaudert hat — und das würde sicherlich nicht lange verborgen bleiben —, verlöre gewiß einen großen Teil seines Zulaufs, ohne daß die Patientenschar der Hinweis auf die sonst bedrohten Interessen der Gefährdeten beruhigen und befriedigen würde. Wie in aller Welt kann das Reichsgericht vor allem die Benachrichtigung der Ehefrau geschlechtskranker Gatten gutheißen, ja sogar fordern?!

Man übersetze diese Theorie nur einmal in die Praxis und stelle sich die Sprechstunde eines vielbesuchten Geschlechtsarztes vor. Bei ihm erscheint, traurig aber erfahrungsgehärtet, ständig eine stattliche Zahl durch außerehelichen Verkehr infizierter Ehemänner. Natürlich wird keiner von diesen dem Arzte versichern, daß er die Dauer vorhandener Ansteckungsgefahr lang mit seiner Frau sexuellen Verkehr zu pflegen beabsichtigt. Mit unbedingter Sicherheit kann also der Ansteckungswille und die An-

[1]) Vgl. Deutsche Juristenzeitung, 1906, S. 293 u. S. 900.

Digitized by Google

steckungsmöglichkeit niemals festgestellt werden. Mithin ist der Arzt auf Leumund Eindruck und Benehmen des Patienten bei der Vermutung darüber angewiesen, daß dieser trotz eindringlichster Warnungen und Gegenvorstellungen sein Weib doch der Ansteckung aussetzen werde. Und daraufhin soll er befugt oder gar verpflichtet sein, der anscheinend bedrohten Frau von dem ihr drohenden Übel Kenntnis zu geben? Mit Rücksicht auf einen hoffnungsreichen Kampf gegen die venerische Ansteckung ein unverständliches Ansinnen!

Jeder Fehlgriff des Arztes — und bei dem Aufbauen auf Vermutungen sind derlei Fehlgriffe naturgemäß nie ausgeschlossen — wäre imstande, Existenzen grundlos einfach zu vernichten. Da aber kein Ehemann angesichts des Bekanntwerdens von Ausnahmefällen die absolute Zuversicht zur Diskretion mehr haben kann, so wird sich — bestenfalls — die Sitte einbürgern, auswärtswohnende und mit den Familienverhältnissen nicht vertraute, unbekannte Ärzte aufzusuchen. Der steten Überwachung der Heilung und Pflege wäre das natürlich schon schädlich. Weil jedoch häufigere Reisen unauffällig zu allermeist nicht unternommen werden können, wird der Mann regelmäßig entweder selber an sich herumkurieren oder einen Wunderdoktor aufsuchen, den um ein Schweigegeld nicht die gleichen Gewissenszweifel plagen als den Hausarzt. Dadurch wäre aber nicht nur der Ehefrau nicht gedient; vielmehr würde der Kranke nun allmählich zugrunde gehen und infolge unterbliebener Heilung oder rechter Beratung über Vorsichtsmaßregeln zu nur um so größerer Gefahr werden. Oder meint das Reichsgericht wirklich, ein Kranker, der in vollem Bewußtsein die Schlechtigkeit besitzt, seine Ehefrau etwa der Lues zu überliefern, werde, nachdem ihm das durch geschlechtsärztliche Denunziation glücklich unterbunden, nunmehr die Kraft in sich spüren, sexuell abstinent zu leben? Welch grotesker Trugschluß! Nein, im Gegenteil, der Gefährdungskreis wird wachsen, und die Vorsichtsmaßregeln, die der Kranke allenfalls sonst noch beachten würde, kämen meist in Wegfall, wenn er zur Befriedigung geschlechtlicher Begierden ihm innerlich nicht nahestehende Frauenspersonen erwählen würde.

Das gleiche aber wird mutatis mutandis in allen Fällen von neuem auftauchen, wo statt besonderen gesetzlichen Gebots die „Erfüllung sittlicher Pflicht" den Geschlechtsarzt zur Preisgabe seines Berufsgeheimnisses verleiten würde. Denn auch der noch nicht völlig ausgeheilte Verlobte würde sich den infolge an die Braut gerichteter ärztlicher Aufklärung erfolgten Verlöbnisbruch kaum so zu Herzen gehen lassen, daß er das, was er seiner zukünftigen Frau zuzufügen gedachte, fremden Dritten gegenüber unterläßt. Die Rücksicht auf das durch eine Infektion einem lieben Menschen und gleichzeitig seinem gesamten Familienglück winkende Unheil könnte ihn vielleicht letzten Augenblicks bestimmen, der Stimme des Gewissens zu gehorchen. Sicher aber wird er hier wenigstens nach bestem Vermögen Präventivmaßnahmen treffen, an deren Beobachtung er anderswo bei geschlechtlichem Verkehr bei weitem nicht das egoistische Interesse hat.

Gewiß wird und muß einen Geschlechtsarzt zeitweilig der Menschheit ganzer Jammer anfassen, wenn er vermöge seines Sachverstandes und der intimen Kenntnis der Lage die Bedrohung blühender Leben durch gewissenlose Existenzen schweigend mit anzusehen verdammt ist. Das Bewußtsein, daß auch er ohnmächtig ist, der Schlechtigkeit einen Damm zu errichten, wird ihm aber wenigstens Pflichtkollisionen ersparen. Möchten meine Argumente dazu beitragen, möchten sie überzeugen helfen, daß die Erfüllung sittlicher Pflicht nach reiflicher Überlegung ihn nicht reden, sondern schweigen heißt. In wohlwollender, zu Herzen gehender Aufklärung, durch Stärkung des Vertrauens der Kranken und durch bestmögliche Heilung erfüllt er in herrlicher und andern Sterblichen leider versagter Form ethische und soziale Pflichten, die auch schließlich zum

Digitized by Google

Siege führen, soweit der Sieg des Guten über die Finsternis uns armen Erdensöhnen überhaupt sich kundtut. Alles erreichen wollen und in diesem Bemühen das Allernächstliegende versehen, repräsentiert eben eine zwar beliebte aber unheilvolle Philosophie.

Die um Verbesserung des Strafrechts bemühten Kommissionsmitglieder des Entwurfs eines Deutschen Strafgesetzbuchs sind — nach dem Wortlaut des Entwurfs zu urteilen — allerdings gegenteiliger Meinung[1]). Noch der Vorentwurf trifft freilich meines Erachtens das Richtige. Seine Begründung [2]) nennt das Offenbaren in der Regel unbefugt, wenn es geschieht, die Interessen einer dritten Einzelperson — im Gegensatz zum Staatswohl — zu fördern. Wenn nicht die Voraussetzungen der Notwehr oder des Notstandes vorliegen, was der Vorentwurf für möglich hält, so würde laut Begründung ein Plauderndürfen das ganze Schweigegebot so gut wie nutzlos machen, niemand hätte dann die Gewähr des Schweigens, weil ein Dritter durch das Wahren des Geheimnisses überwiegend gefährdet werde. Es würde auch an jedem zuverlässigen Maßstab für die Bestimmung des Mehr auf der einen oder anderen Seite fehlen, und es würde sehr oft der gute Glaube des Täters in diesem Punkte den Ausschlag geben und Straflosigkeit bewirken. So einleuchtend diese Begründung klingt, die Mitglieder der Entwurfsbearbeitung hat sie nicht überzeugt. In zweiter Lesung erhielt vielmehr die Satzung vom Privatgeheimnis einen Zusatz, wonach die Kundgabe straflos ist, wenn die Offenbarung zur Wahrung berechtigter privater Interessen erforderlich war, vorausgesetzt, daß die sich gegenüberstehenden Interessen pflichtmäßig berücksichtigt worden sind.

Also ein Kautschukrecht in Reinkultur und ein Nährboden für das Wachstum verderblicher Gewissenszweifel, wie er fruchtbarer kaum denkbar ist. Möge es den Stimmen der Dermatologen namentlich gelingen, hier aufklärendes Licht zu bringen und im künftigen Strafrecht durch eine strikte Gesetzessprache „das pflichtmäßige Abwägen sich gegenüberstehender Interessen" auszuschalten.

Von hier und dort seltsamerweise auftauchenden Meinungen wird unter Umständen der ärztliche Geheimnisbruch durch die Satzungen vom Notstand sanktioniert geheißen.

Unter dem herrschenden Recht versagt die Berufung darauf jedenfalls schon deshalb, weil der Notstand allein die Rettung Angehöriger erlaubt.

Aber auch künftig wird sich kein Arzt auf Notstand berufen können, falls man daran festhält, daß die Rettung allein aus „gegenwärtiger" Gefahr straffrei bleibt. Denn „gegenwärtig" im Sinne rechter Gesetzesauslegung ist die Gefahr der Ansteckung wohl niemals.

Versammlungen.

Vereinigte ärztliche Gesellschaften in Berlin.
Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. März 1915.

Nach den Autoreferaten mitgeteilt von Oskar Sprinz, z. Zt. Brandenburg.

1. L. Pulvermacher demonstriert einen Fall von **Orientbeulen.** Es handelt sich um einen 30jährigen Ingenieur, der einige Jahre im Orient gelebt hatte. Acht Wochen nach Verlassen von Aleppo kamen die ersten Krankheitserscheinungen zum Ausbruch;

[1]) Der Entwurf eines deutschen Strafgesetzbuchs von L. Ebermayer. Berlin 1914, Verlag Otto Liebmann, S. 74a, E. 75. — [2]) Begründung zum Vorentwurf eines deutschen Strafgesetzbuchs, 2. Teil, S. 730.

Digitized by Google

am linken Handrücken entwickelten sich zunächst juckende Stellen, Herde, aus denen sich bald braunrote Knoten entwickelten, die unter Vergrößerung und Infiltration der Umgebung zerfielen. Einige Wochen später trat durch Autoinokulation ein neuer Knoten am Oberarme auf. Differential-diagnostisch kamen Lupus, die anderen Formen der Hauttuberkulose, syphilitische Affektionen, Sporotrichose, impetiginöse Erkrankungen, Ekzem und Furunkel in Betracht. Es gelang, im Ausstrich die Leishmania tropica aufzufinden. Der Infektionsmodus ist noch nicht völlig geklärt, vielleicht kommt ein Zwischenwirt in Frage. Es soll mit Salvarsan behandelt und der noch nicht eröffnete Knoten exzidiert werden.

2. J. Blumenthal stellt einen 56jährigen Ziegelarbeiter mit **Pustula maligna** in der Kinngegend vor. Die Erkrankung ist bereits vier Wochen alt und schon in der Abheilung begriffen. Es gelang, durch Überimpfung auf Mäuse die Diagnose „Milzbrand" zu sichern. Auf der Höhe der Krankheit war das Allgemeinbefinden stark gestört. Im klinischen Bilde waren auffallend die brettharte Schwellung der zugehörigen Lymphdrüsen, ein Bläschenkranz in der Peripherie der Pustel und eine sehr reichliche Absonderung gelblicher, seröser Flüssigkeit. Behandelt wurde Pat. mit Altsalvarsan und Milzbrandheilserum; doch hatte die Besserung schon vor Einsetzen der Therapie begonnen. Pat. selbst ist mit milzbrandkrankem Vieh nicht in Berührung gekommen. Dagegen ist es möglich, daß er durch Fliegenstiche infiziert wurde, weil Milzbrandfälle in der Nähe seines Anwesens vorkamen, und die Fliegenplage sehr groß war.

Fachzeitschriften.

Royal Society of Medicine. Dermatological Section.

(Referiert nach The British Journal of Dermatology, 1915, Nr. 6.)

Sitzung vom 20. Mai 1915.

1. Fall von Pyodermite végétante, von Douglas Heath. Der 12jährige Knabe wurde vor fünf Monaten von Wundsein im Halse und Munde befallen; Zunge und Lippen waren stark affiziert, so daß Schluckbeschwerden entstanden. Einen Monat später trat ein Bläschen auf der Brust auf, das platzte, Eiter entleerte, sich vergrößerte, über das Hautniveau erhob und mit einer Kruste bedeckte; nach dem Abfallen blieb ein brauner Fleck zurück. Ähnliche Pusteln, die verkrusteten und abheilten, erschienen auf Brust und Rücken. Am 5. März 1915 wurde der Kranke aufgenommen.

Damals waren die Ober- und Unterlippe mit abgehobenem, weißem Epithel bedeckt, der Hals und die Zunge erodiert, doch nirgends waren Blasen zu sehen. Auf der Brust Pigmentflecke. Am Nabel und in dessen Umgebung fanden sich stark erhabene, bläulichrote, krustöse kondylomatöse Massen. Diese waren umgeben von einem Ringe bis stecknadelkopfgroßer Bläschen und Pusteln, die sich auch auf die gesunde Haut zerstreuten. Die frischen Bläschen war fast immer klar, doch wurden sie in kurzer Zeit eitrig. Sie wandelten sich zu schlappen Blasen um und umgaben sich mit einem schwach-roten Saum. Es waren alle Übergänge vom frischen Bläschen bis zur Vegetation zu sehen; die Erhebung des Blasenbodens zur Wucherung trat in einem sehr frühen Stadium ein und war so regelmäßig, daß sie nicht als zufälliges Symptom angesehen werden konnte. Am Rücken fanden sich ähnliche kondylomatöse, von Bläschen und Pusteln umgebene Herde. Es bestand nur geringes Jucken und Brennen. Im Blute fand sich keine nennenswerte Eosinophilie, Wassermann war negativ, im Urin eine Spur Eiweiß.

Im weiteren Verlaufe vergrößerten sich die bestehenden Herde, indem an ihren Rändern Bläschen und Pusteln erschienen, die platzten, und auf ihrem Boden Vegeta-

Digitized by Google

tionen bildeten. Eine ähnliche pustulo-vesikulöse Affektion entstand auf dem linken Daumen, die als Pustel unter der Nagelplatte begonnen hatte. Am vierten Finger derselben Hand einige Bläschen, und am rechten Mittelfinger eine Pustel auf der Nagelfalte. Auf der Streckseite des rechten Armes ein trockener, erhabener, krustöser Herd ohne Bläschen. Der Bauch war von einem großen, zusammenhängenden, am Rande nässenden Herde bedeckt; ebenso der Rücken. Die Wucherungen waren trocken, derb, zeigten keine Exkoriationen oder Eiterpunkte. Temperatur und Allgemeinbefinden waren normal. Im Blute wurde später beträchtliche Eosinophilie gefunden; im Pustelinhalte Eosinophile, Staphylococcus aureus und ein diphtheroider Bazillus.

Die histologische Untersuchung eines frischen klaren Bläschens zeigte den Boden von normalen Retezellen, das Dach von der Hornschicht gebildet. Das Rete war normal, das Korium stark ödematös, im Papillarkörper mäßige Infiltration. Die mikroskopische Untersuchung einer Vegetation ergab: Die Retezellen etwas auseinandergedrängt, das Epithel stark proliferierend, mitosenhältig. In der Epidermis und im Korium kleine Abszesse. Im Korium Infitrationsherde von Plasmazellen, Lymphozyten und Fibroblasten. Die Lymphgefäße erweitert.

Äußerliche und innerliche Behandlung, zumal mit Arsen, zeitigte wenig Erfolg. Der Kranke wurde am 20. Mai 1915 entlassen.

2. Fall von Pemphigus vegetans, von J. J. Pringle. P. stellt den in der Januarsitzung gezeigten Soldaten wieder vor. Er hat in der linken Achselhöhle drei trockene warzige Exkreszensen und eine Kruste auf roter Basis auf der Brust. Sonst finden sich an den befallen gewesenen Stellen nur Pigmentflecke. Zu der Krankengeschichte wird nachgetragen, daß der Kranke an einem viermal rekurrierenden Erysipel des Gesichts gelitten habe; seit Beginn dieser Komplikation hörten die Blasenschübe auf, und die Erosionen heilten. Am 11. Juni waren auch die letzten Krankheitssymptome geschwunden.

3. Dermatitis herpetiformis, von J. M. H. Mac Leod. Bei dem 68jährigen Manne begann das Leiden vor zwei Jahren in typischer Weise mit gruppierten Papulovesikeln und intensivem Jucken. Zur Zeit der Vorstellung fanden sich nur kleine weiße Narben, Exkoriationen und Pigmentflecke, besonders am Gesäß und an den Oberschenkeln.

4. Fall zur Diagnose, von J. M. H. Mac Leod. Bei der 42jährigen Frau trat vor vielen Jahren während einer Schwangerschaft ein roter Fleck am Nabel auf; bald nach der Entbindung erfolgt eine blasige Eruption, die nach einigen Monaten schwand. Vor siebem Jahre kamen wieder Blasen. Es finden sich an den Armen, Händen, Beinen und im Munde schlappe Blasen von Erbsen- bis Nußgröße auf normaler Haut. Es besteht nur geringes Jucken, keine Neigung zur Gruppierung, geringe (4%) Eosinophilie. Verfasser denkt eher an Pemphigus oder Erythema bullosum als an Dermatitis herpetiformis.

5. Rekurrierende bullöse Eruption der Hände und Füße (Akropompholyx), von George Pernet. Die 49jährige Patientin leidet seit 29 Jahren an wiederkehrenden Blasenschüben an den Händen und Füßen. Im Februar 1915 zwei kleine Blasen an der rechten Fußsohle, im Mai an der linken. Verfasser betrachtet die schlechte Beschaffenheit der Zähne als eine Ursache der Affektion.

6. Fall von Pompholyx, von David Walsh. Die 48jährige Wäscherin leidet seit 7—8 Jahren ab und zu, besonders im Frühjahr, an Bläscheneruptionen an den Handtellern und -rücken, den Handgelenken und den Fingern. Die Blasen platzen nicht, sondern trocknen ein. Einmal bestanden auch Blasen an den Füßen und Ohren.

7. Drei Fälle von Dermatitis herpetiformis, von W. Knowsley Sibley. 1. Bei der 59jährigen Patientin traten 14 Tage nach einer schweren seelischen Erschütterung unter heftigem Jucken und Brennen Blasen an den Unterarmen, den Schenkeln und

Digitized by Google

schließlich am ganzen Körper und im Munde auf. Da in den Blasen Staphylococcus aureus gefunden wurde, ließ Verfasser eine autogene Vakzine herstellen, von der er wöchentlich 100—800 Millionen injizierte. Die Blasenschübe hörten auf und die Kranke befindet sich wohl.

2. Bei dem 9jährigen Mädchen begann die Affektion als „Herpes" an den Lippen, dann erschienen kleine gruppierte Bläschen und Blasen an verschiedenen Körperstellen, die sich in ständigen Schüben erneuerten. Viele von ihnen wurden eitrig; nach Abheilung blieben Pigmentflecke zurück. Im Anfange der Affektion bestanden heftige subjektive Beschwerden. Bedeutende Besserung durch autogene Vakzine von Staphylococcus albus.

3. Das 12jährige Mädchen wurde vor $1^1/_2$ Jahren von dem Blasenausschlage befallen und war seither nie ganz frei. Gesicht, Brust, Rücken, Handteller, Fußsohlen und Mund waren nie erkrankt. Mäßiges Jucken, gutes Allgemeinbefinden. Bei der Vorstellung fanden sich Blasen und Erosionen an den Fußrücken und am äußeren Genitale; sonst am Körper Pigmentflecke.

8. **Fall von Dermatitis herpetiformis,** von E. G. Graham Little. Bei der 60jährigen Patientin trat vor einem halben Jahre ein ausgedehnter blasiger und pustulöser Ausschlag, teilweise von varioliformem Aussehen, mit deutlicher Gruppierung und unter heftigem Jucken auf. Späterhin wurde die Eruption mehr papulös und urtikariell, und es erschienen große, stark entzündliche Flecke. Das Jucken ist sehr heftig, doch das Allgemeinbefinden gut. Besserung durch Arsen.

9. **Fall von Dermatitis herpetiformis,** von E. G. Graham Little. Verfasser zeigte den in der Märzsitzung vorgestellten 8jährigen Knaben. Durch Arsen war die Affektion rasch beseitigt worden. Drei Wochen nach Beginn der Arsenkur trat im Gebiete des sechsten linken Dorsalsegmentes ein typischer Herd von Herpes zoster auf.

10. **Chronisch-septisches Papillom nach einer bullösen Eruption,** von E. G. Graham Little. Der Patient, ein Soldat, war von einem Pferde am linken Schenkel verletzt worden; die Stelle begann zu jucken und sich zu röten und in den nächsten fünf Tagen bildeten sich Blasen, die der Kranke entleerte. Schließlich bildeten sich auf roter Basis dünne, dichtstehende warzige Gebilde.

11. **Dermatitis herpetiformis,** von J. H. Sequeira. Die 20jährige Patientin leidet seit zwei Jahren an wiederholten Attacken von Dermatitis herpetiformis an den Knöcheln, den Fußrücken, den Unterschenkeln, dem Kopfe und den Unterarmen. Die Effloreszenzen bestanden aus erythematösen Flecken, Bläschen und Blasen, meistens gruppiert. Die Kranke klagte über heftiges Jucken, namentlich vor jedem Nachschube. Keine Eosinophilie.

12. **Rekurrierende Eruption der Nates und Oberschenkel,** von S. E. Dore. Seit $4^1/_2$ Jahren leidet der 9jährige Knabe an einer namentlich im Frühjahre wiederkehrenden Eruption an den genannten Stellen. Meist treten schuppende rote Flecke auf, von denen einige exkoriiert und krustös sind. Ab und zu entstehen Blasen. Nach Abheilung bleiben Pigmentflecke zurück. Die Leistendrüsen sind stark geschwollen.

13. **Pemphigus bei einem Kinde,** von R. E. Scholefield. Bei dem neun Monate alten Kinde begannen einige Wochen nach der Geburt Blasenschübe auf dem Stamme und den Gliedern. Die Blasen sind klein, gespannt, erscheinen auf normaler Haut und umgeben sich mit einem roten Hofe. Das Allgemeinbefinden ist gut.

14. **Falsche Erythromelalgie,** von F. Parkes Weber. Im selben Hefte als Originalarbeit erschienen.

15. **Folliculitis decalvans et atrophicans,** von Graham Little. Die histologische Untersuchung eines Stückes aus der behaarten Achselhöhle der in der letzten Sitzung vorgestellten Kranken spricht nicht für die Diagnose „Darier'sche Krankheit".

Digitized by Google

16. Madura-Fuß, von H. C. Semon. Der 26jährige indische Soldat von der flandrischen Front leidet an einer Schwellung des rechten Fußes, die er darauf zurückführt, daß ihm ein Munitionskasten auf den Fuß fiel. Später trat Jucken und eine klare Sekretion auf. Der rechte Fuß war geschwollen, dunkel verfärbt; in dieser Zone fanden sich weiche, dunkelrote Granulationsmassen, die ein klares Sekret, manchmal auch Eiter absonderten. In dem Sekrete befanden sich stets die kleinen, schwarzen Körnchen, die sich mikroskopisch und kulturell als aus Pilzen bestehend erwiesen, die zur Gattung Mycetoma gehören. Auf der Tibia und Planta schwarze Punkte, die manchmal aufbrachen und dasselbe Sekret entleerten. Wassermann negativ.

Sitzung vom 17. Juni 1915. (Brit. Journ. of Derm., 1915, Nr. 7.)

1. Mykosis fungoides nach Röntgenbehandlung, von E. G. Graham Little. Die 25jährige Patientin litt seit drei Jahren an einer schuppenden Affektion des Stammes und der Extremitäten, die unter der Diagnose Psoriasis mit verschiedenen Mitteln vergeblich behandelt wurde. Schließlich wurden Bestrahlungen des ganzen Körpers angewendet. Unter dieser Behandlung erschienen Drüsenschwellungen in der Achselhöhle, seitlich am Thorax, am Halse und in den Leisten, die mit stärkeren Dosen behandelt wurden; trotzdem nahmen sie zu und es erschien noch ein Tumor in der Schamgegend. Als Verfasser die Kranke sah, fand sich ein nußgroßer, nicht ulzerierter Tumor am Mons Veneris und an der linken vorderen Achselfalte. Am Halse, an den Oberarmen, der Brust und dem Abdomen zirzinäre, rote, infiltrierte, schuppende, zerkratzte Herde; die Kopfhaut mit Borken bedeckt, das Gesicht geschwollen und gerötet, ebenso der größte Teil der Körperoberfläche gerötet (Röntgendermatitis). Bei einer späteren Untersuchung hatten sich alle Symptome verstärkt, die bestehenden Tumoren waren größer geworden, und es waren neue hinzugetreten. Verfasser stellt die Diagnose Mykosis fungoides und glaubt, daß die Röntgenstrahlen das Leiden ausgelöst haben. In der Besprechung äußern sich die meisten dahin, daß nur ein zufälliges Nebeneinander, kein ursächlicher Zusammenhang vorliege.

2. Akute Striae atrophicae, von E. Laming Evans. Der 19jährige Soldat war wegen Brustschusses ins Spital gekommen; die Wunden heilten normal, als er plötzlich von Fieber und starken Kopfschmerzen befallen wurde, wofür keine Ursache ermittelt werden konnte. Nach einigen Tagen erschienen auf der rechten Brust- und Lendenseite wie in der Kreuzgegend horizontal verlaufende, umschriebene Herde atrophischer Haut von blaßroter Farbe und von Gefäßchen durchzogen; sie sahen aus wie Schwangerschaftsstreifen. An den befallenen Stellen stellte sich Schmerz ein. Die Eruption war in 2—3 Tagen vollendet, die Herde wurden in der Folgezeit blässer.

3. Fall von Orientbeule, von P. S. Abraham. Der Kranke bemerkte während seines Aufenthaltes am Persischen Golf kleine Wunden am Arm und Bein. Diese wurden trotz Behandlung größer, zeigten einen unterminierten Rand und bedeckten sich mit Krusten. Heilung durch Exkochleation und Ätzung mit Karbolsäure.

4. Universelle Pigmentation zur Diagnose, von J. A. Nixon. Bei dem 33jährigen Manne entstand vor sechs Jahren im Anschluß an eine Dyspepsie eine Pigmentierung, die schließlich den ganzen Körper erfaßte, so daß der Kranke wie ein Inder aussah. Die Schleimhaut der Wangen und Zunge wurden ebenfalls pigmentiert. Sonnenbestrahlung soll die Verfärbung stärker machen, im Winter soll Abblassen eintreten.

In der Besprechung wird ziemlich allgemein angenommen, daß die seinerzeitige „Dyspepsie" eine schwere Erkrankung der Nebennieren war, die zu der Addison-Verfärbung führte.

Digitized by Google

5. Morphaea, von GEORGE PERNET. Das Leiden begann bei dem 14jährigen Mädchen vor einem Jahre an der Außenseite des rechten Oberschenkels; dort fanden sich zwei sklerotische Herde, umgeben von einem „Lila Ring", innerhalb dessen die Haut grobkörnig erschien. Es erschienen in der Folgezeit noch mehrere ähnliche Herde. Durch Schilddrüsentherapie wurde die Verdickung etwas verringert.

6. Primäraffekt am Handgelenk, von GEORGE PERNET. Der 15jährige Knabe kam mit einem typischen, sekundären Syphilid zur Behandlung. Es fand sich bei ihm auf der radialen Seite der dorsalen Handgelenkfläche eine indurierte, erhabene Läsion, die sich als typischer Primäraffekt darstellte. Die Achseldrüsen waren geschwollen. Der Kranke gab an, daß er sich vor drei Monaten mit dem Drahte für eine elektrische Lampe am Handgelenke verletzt habe; die Läsion wurde größer, eiterte und wurde durch die gewöhnliche Behandlung nicht gebessert.

7. Blaufärbung der Haut durch subkutane Morphiuminjektionen, von F. PARKES WEBER. Die 67jährige Patientin, die in früheren Jahren Morphium innerlich nahm, gibt sich seit vier Jahren subkutane Injektionen von Morphium und Atropin an den Armen und der Oberbrust. An diesen Stellen hat sie nun zahlreiche, kleinste, bläuliche Stippchen. Verfasser meint, daß diese wie eine Tätowierung zustande kommen, indem bei der Injektion etwas Eisen von der Nadel unter der Haut bleibt. In einem ähnlichen Falle entstand die Verfärbung so, daß der Patient die Nadel in einer Zündholzflamme sterilisierte und sich dadurch bei der Injektion Ruß unter die Haut brachte.

8. Kongenitale Sklerodermie und Sklerodaktylie, von E A. COCKAYNE. Bei dem $^5/_4$ Jahre alten Kinde besteht die Affektion seit Geburt. Befallen sind besonders die Kopfhaut, das Gesicht, die Ohren, die Nasenflügel, Bauch und Brust, Unterarme und Hände, Außenseite der Oberschenkel, Unterschenkel und Füße. An den Unterextremitäten ist die Haut stark verdickt. Die Haare sind meist ausgefallen, die Nägel atrophisch.

9. Fall zur Diagnose (Sommereruption), von G. F. STEBBING. Bei dem 14jährigen Mädchen erscheint jedes Frühjahr an den Händen und im Gesicht ein Ausschlag in Form von Bläschen, Pusteln und nässenden Flächen. Gelegentlich erschienen auch einige Flecke an den Beinen. Durch Sonnenbestrahlung wird die Affektion schlechter, im Winter verschwindet sie.

10. Fall zur Diagnose, von DAVID WALSH. Der 25jährige Patient hat in der rechten Supraorbitalgegend einen Herd von konfluenten, blaßroten Knötchen; dieser besteht seit zwei Jahren, macht keine Beschwerden und hat trotz der Behandlung zugenommen. Einige Knötchen sind mit Hinterlassung kleiner atrophischer Narben abgeheilt. WASSERMANN ist negativ; trotzdem hat antisyphilitische Behandlung noch am ehesten Erfolg gehabt. Mikroskopisch fand sich Hyperplasie der Talgdrüsen.

In der Aussprache neigen die meisten der Diagnose Acne agminata zu.

11. Lichen planus atrophicus, seu sclerosus, seu morphaeicus, von J H. STOWERS. Bei der 34jährigen Frau erschienen vor etwa sieben Jahren einige rote, flache, glatte, juckende Flecke im Nacken. Vor $1^1/_2$ Jahren erschienen frische Herde an der Innenseite der Oberschenkel, an den Hüften, unter den Knien und unter dem Nabel. Nunmehr zeigt die Kranke an den genannten Stellen zerstreute oder konfluente, perlmutterartige, atrophische Stellen; die Sensibilität ist herabgesetzt. Besonders bemerkenswert ist die strenge Symmetrie der Herde.

12. Fall von Adenoma sebaceum, von J. H. STOWERS. Das Leiden begann bei der 20jährigen Patientin vor zwölf Jahren. Es erschienen kleine, runde, rote Tumoren mit Gefäßverzweigungen und Teleangiektasien im Gesichte, an der Unterstirne und in

Digitized by Google

den seitlichen Halspartien; an den Nasenflügeln sind sie besonders dicht gedrängt. Bemerkenswert ist die Anwesenheit kleiner Fibrome am Rücken und an den Schultern.

13. Lichen planus linearis, von E. G. Graham Little. Der 51jährige Mann wurde plötzlich von typischem Lichen ruber planus an den Knien, den Knöcheln, Unterschenkeln, dem Skrotum und Präputium befallen. Auffallend ist die strichförmige Anordnung.

14. Fall zur Diagnose. Pellagra? Addisonsche Krankheit? von E. G. Graham Little. Der 12jährige Knabe war stets gesund, bis er etwa vor $^1/_2$ Jahre an Erbrechen und sonstigen Verdauungsstörungen erkrankte. Seither ist er stark herabgekommen, ermüdet leicht. Die Gesichtshaut erscheint wie gespannt über die Knochen. Die Haut zeigt am größten Teile des Körpers Abschuppung und Keratosis follicularis mit kurzen Stacheln, aber ohne entzündliche Rötung. An den Handrücken, am Nacken, Unterbauch, an der Genitalregion und an den oberen Teilen der Oberschenkel ist die Haut dunkel pigmentiert. An Handrücken und Nacken ist sie glatt, an Abdomen und Oberschenkeln stachelig.

Weber spricht sich für die Diagnose Addison aus.

15. Lichen spinulosus und Folliculitis decalvans, von S. E. Dore. Die 43jährige Patientin leidet seit zwei Jahren an Folliculitis decalvans. Auf der Kopfhaut finden sich kleine zirkuläre und unregelmäßige atrophische Herde; sie sind glatt, glänzend, leicht deprimiert, zeigen keine perifollikuläre Entzündung. Seit neun Wochen bestehen am Bauche, Rücken, an der Brust, den Oberschenkeln, den Ohren und dem Halse kleinste, zerstreute, spitze oder stachelige, nicht entzündliche Knötchen von normaler Hautfarbe; nur einige sind etwas größer, rot oder exkoriiert.

16. Fall von Lichen planus circinatus et atrophicus, von Alfred Eddowes. Keine nähere Beschreibung.

17. Fall von Pityriasis rubra pilaris, von J. H. Sequeira. Die 21jährige Patientin ist seit fünf Jahren erkrankt. Nunmehr ist die Affektion sehr ausgebreitet, vom Typus der Erythrodermie. Die Kopfhaut ist schuppend, das Gesicht, Hals, Schultern, oberer Rücken, Bauch und Arme ziegelrot verfärbt, mit feinen, festhaftenden Schuppen bedeckt. An der Brust, am unteren Rücken und an den Oberschenkeln sind die Efflorescenzen isoliert; es befinden sich dort dichtgedrängte, blaßrote Knötchen mit feinen Schuppen. Unterschenkel und Füße sind frei. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Akademie für praktische Medizin in Köln. (Verlag A. Marcus & Weber, Bonn a. Rh.) Vorliegende Festschrift sollte im Oktober 1914 zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Kölner Akademie für praktische Medizin erscheinen. Der Krieg zwang, ihre Herausgabe zu verschieben. Nun liegt sie in einem stattlichen Bande vor uns, um auf nahezu 800 Seiten in rund 50 unter der Schriftleitung von H. E. Hering jun. zusammengestellten Arbeiten aus allen klinischen und wissenschaftlichen Abteilungen der Akademie, d. h. aus allen Gebieten der theoretischen und praktischen Medizin, Zeugnis abzulegen davon, daß die relativ noch junge Akademie stets bestrebt ist, von den ihr satzungsgemäß obliegenden Aufgaben besonders auch jener gerecht zu werden: „die praktische Medizin nach der wissenschaftlichen Seite zu fördern". Dem Kenner der Verhältnisse sowohl als auch dem Fernstehenden wird die einleitende Darstellung der ersten zehn Jahre der Kölner Akademie

Digitized by Google

für praktische Medizin aus Hochhaus' Feder einen interessanten Einblick in die Entstehungsgeschichte einerseits, einen ebenso interessanten Ausblick jedoch auf die an- und abstoßenden Wechselbeziehungen in mannigfacher Hinsicht gewähren, welche der Gründung der Akademie vorhergingen und die ersten Jahre ihres Bestehens erschwerten, ja oft ihr Bestehen in Frage zu stellen schienen. Daß doch schließlich die Kölner Akademie durch Kampf zum Sieg sich hindurchgerungen hat, auch davon legt die Festschrift in ihren wissenschaftlichen Abhandlungen beredtes Zeugnis ab.

Den Fachkollegen interessiert besonders Zinssers Beitrag über: „Ulcus cruris syphiliticum und syphilitische Erkrankungen der Unterschenkelknochen", in welchem er über die Untersuchung weiteren Materials berichtet und zu dem Ergebnis gelangt, daß das Ulcus cruris ohne syphilitische Grundlage relativ selten ist und in der großen Mehrzahl, auch der bisher ganz unverdächtig gehaltenen Fälle, eine genauere Untersuchung einen Zusammenhang mit Syphilis und insbesondere syphilitischen Knochenveränderungen enthüllt. Dabei soll durchaus nicht etwa gesagt werden, daß die Ulzera rein syphilitischer Natur sind und aus dem Zerfall syphilitischer Infiltrate oder syphilitischer Neubildungen hervorgegangen sind. Viel wahrscheinlicher ist, daß der ursprüngliche syphilitische Prozeß vielleicht durch phlebitische Veränderungen zu Zirkulationsstörungen und so indirekt zur Entstehung der Varizen und des Ulcus cruris geführt hat.

Benthaus berichtet aus der Aschaffenburgschen Klinik „Über Herzveränderungen und Aortitis bei den metaluetischen Erkrankungen des Nervensystems, insbesondere bei Paralyse", ohne im wesentlichen Neues zu bringen. In seinem Material fand er sehr häufig im Verein mit den luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems Störungen des Herzens und der Aorta. Die Beteiligung der einzelnen Arten der Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks scheint aber keine gleichmäßige zu sein; die Tabes und die Lues cerebrospinalis scheinen ungleich häufiger Veränderungen am Herzen und an der Aorta zu machen als die Paralyse.

Remertz liefert einen statistischen Beitrag zur Paralysefrage bei Mittel- und Unterbeamten mit besonderer Berücksichtigung der Militäranwärter und wendet sich dagegen, daß die Militäranwärter ein größeres Kontingent Paralytiker, Tabiker usw. stellen als die Zivilanwärter. Die einmal eingewurzelte Meinung, die metaluetischen Psychosen, wie Paralyse, Tabes usw. seien förmlich Berufskrankheiten der Militäranwärter, hat darin ihren Ursprung, daß Militäranwärter, wenn sie sich einmal in die Behandlung von Nervenärzten begeben müssen, mit seltenen Ausnahmen fast gar nichts anderes haben können als eine metasyphilitische Erkrankung des Nervensystems oder eine senile Demenz. Hier und da mag ein Neurastheniker oder ein Kranker mit einer leichten Depression, schließlich auch mal eine Spätkatatonie, den Weg zum Nervenarzt finden, aber das werden seltene Ausnahmen bleiben, denn psychisch nicht ganz intakte Leute, wie alle Psychopathen, Hysteriker. Neurastheniker halten eine zwölfjährige Dienstzeit im Unteroffizierrang nicht aus, sie verlassen von selbst den Dienst oder müssen ihn wegen Differenzen quittieren. Außerdem ist noch zu berücksichtigen, daß derartige Naturen sich schon von selbst nicht zum Soldatenberuf drängen, und die, die ihn doch wählen, werden meist schon während der vorhergehenden pflichtmäßigen Dienstzeit auffällig, so daß Bestrafung eintritt, wodurch eine Kapitulation ausgeschlossen ist. In weit höherem Maße gilt das eben Gesagte für zu ernsteren Psychosen Neigende, wie für Hebephrenie, Epilepsie, chronischen Alkoholismus und schwerere Formen des manisch-depressiven Irreseins.

„Die Kindheit der Prostituierten" beleuchtet Schneider durch eine Reihe von Feststellungen, die zwar schlaglichtartig das Milieu der Kindheit erhellen, ohne jedoch

Digitized by Google

über eine — man ist versucht zu sagen — skizzenhafte Zusammenstellung von Einzelheiten hinauszukommen.

Paul Frangenheim berichtet über seine Methode zur operativen Behandlung der Inkontinenz der Harnblase. Fr. ging bei einem Manne mit einer durch Trauma entstandenen Schlußunfähigkeit des sogenannten M. sphincter trigonalis folgendermaßen vor: Zum Ersatz des fehlenden (gelähmten oder geschwächten Sphincter int.) wurde aus der vorderen Rektusscheide ein langer rechteckiger Streifen ausgeschnitten, der bis zur Symphyse abgelöst wurde, so daß der kräftig entwickelte M. pyramidalis an dem Faszienstreifen hängenblieb. Bei liegendem Katheter wurde das Gewebe in der Umgebung des Blasenhalses so weit tunneliert, daß zunächst eine Deschampssche Nadel, später eine stärker gebogene Kornzange um den Blasenhals herumgeführt werden konnte. Mit dieser Kornzange wurden Faszienstreifen und M. pyramidalis erfaßt, um den Blasenhals herumgezogen und nunmehr so in sich vernäht, daß eine Schlinge entstand, die den Blasenhals eng umgab. Zweimalige Nachuntersuchung $^1/_4$ und $^1/_2$ Jahr später ergab vollkommene Kontinenz bei Tag und Nacht.

Beiträge über die zystoskopische Diagnostik der Blasengeschwülste und ihre Behandlung durch Elektrokoagulation bringt Gottfried Thelen. Zur Erzeugung der Hochfrequenzströme verwendet er den Urodiatherm, der sich an jede Wechselstromleitung von 110 Volt anschließen läßt. Statt der unipolaren Elektrode Beers benutzt man besser bipolare in der Weise, daß man die eine Hochfrequenzelektrode in Form einer dünnen, biegsamen Sonde, die mit gut isoliertem Kupferdraht und Knöpfchen versehen ist, durch die Rinne eines Ureterenzystoskops in die Blase eingeführt und die äußere große Plattenelektrode auf den Unterleib des Patienten legt. Die Vorteile gegenüber der Glühschlinge des Nitzeschen Operationszystoskops bestehen n der exakten Dosierung der Hitzewirkung und in der Möglichkeit in der Tiefe zu koagulieren, ohne dabei die Blasenwand irgendwie zu schädigen.

Außerdem ist die Behandlung der Blasenpapillome durch die Elektrokoagulation ohne komplizierte Instrumente viel leichter und schneller ausführbar, weil man an jeder beliebigen Stelle des Blaseninneren die Hochfrequenzelektrode koagulierend einwirken lassen kann, wo dies mit der Schlinge unmöglich war oder wenigstens die größten Schwierigkeiten bietet. Ganz besonders dankbar und empfehlenswert ist diese Behandlungsmethode bei Rezidiven nach transvesikalen Papillomoperationen und bei allen Neubildungen, die durch ihren Sitz am Sphincter internus, in einem Blasendivertikel oder direkt an der Ureterenmündung für alle anderen Operationsmethoden schwierig oder nur unvollkommen zu entfernen sind.

Die grundsätzliche Entscheidung, ob blutige Operation oder intravesikale Entfernung, muß für den vorliegenden Fall jedesmal getroffen werden. Die benignen gestielten Papillome kann man je nach dem Sitz intravesikal entweder mit der kaustischen Schlinge abtragen oder durch den Hochfrequenzstrom koagulieren. Bei den kleinen Papillomen, zumal bei Rezidiven, oder wo Tiefenwirkungen an der Basis der Geschwulst erzielt werden sollen, ist die Elektrokoagulation die Methode der Wahl. Die Sectio alta bleibt vor wie nach den malignen Tumoren und auch sehr ausgedehnten benignen Papillomen vorbehalten. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der k. k. Kuranstalt für Radiumtherapie in St. Joachimsthal, von F. Dautwitz. 1. Heft. Die Radiumbehandlung. (Wien und Leipzig 1915. Wilhelm Braumüller.) Immer weitere Kreise verfolgen die therapeutische Verwendung des Radiums und seiner Emanation mit wachsendem Interesse. Dieses erstreckt sich vornehmlich darauf, näheren Einblick zu gewinnen in die Beschaffenheit der Kurbehelfe, dann jene Maßnahmen kennen zu lernen, welche bei der Verwendung des Radiums und

Digitized by Google

seiner Emanation zur Behandlung gewisser Krankheitsfälle oder Gruppen bestimmter Erkrankungen beobachtet und schließlich auch mit den Erfolgen, soweit dies möglich, aus eigener Anschauung bekannt zu werden. Diesem Interesse sollen die „Mitteilungen", deren Einzelhefte in zwangloser Folge erscheinen werden, Rechnung tragen; während zahlreiche, besonders in jüngster Zeit erschienene Abhandlungen über die therapeutische Verwendung des Radiums und die daraus abgeleiteten Folgerungen sich auf eine wenige Monate umfassende Beobachtungszeit stützen, sollen den „Mitteilungen" die in einem längeren Zeitraum gesammelten Erfahrungen und Beobachtungen zugrunde gelegt werden. In dem vorliegenden ersten Heft wird entsprechend der chronologischen Entwicklung, welche die Verwendung des Radiums und seiner Zerfallsprodukte in der Medizin genommen hat, mit der Besprechung der Radiumtherapie begonnen. Nach Erörterung der zur Radiumbehandlung an der k. k. Kuranstalt benutzten Behelfe: der St. Joachimsthaler Radiumträger, der Radiumkapsel und ihrer Anwendungsweise, werden die beobachteten Wirkungen der Radiumbestrahlung zunächst bei Erkrankungen der Haut: chronisches Ekzem und Pruritus, Psoriasis vulgaris, Acne rosacea, Lupus erythematosus, Tuberkulose der Haut, Verruca, Cornu cutaneum, Fibrom, Hämangiom, Karzinom und dann ihr Einfluß auf Geschwülste, alle durch eingehende Krankengeschichten belegt, besprochen. Die außerordentlich reiche Beigabe von 33, vermittels des Autochromverfahrens hergestellter Originalaufnahmen unterstützt das geschriebene Wort wirksam in seiner Darstellung der Erfolge der Radiumtherapie. Die eingehende Schilderung der Krankengeschichten, verbunden mit der bildlichen Darstellung des Verlaufes der einzelnen Fälle erwirbt dem Buche unbedingt das Recht auf die Empfehlung als „Lehrbuch der Radiumbehandlung". O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Erkrankungen des Magens bei Lues, von Rudolf Kleissl-Wien. (W. med. W., 1915, Nr. 3-5.) Nach Berücksichtigung der Literatur bringt der Verfasser sieben Krankengeschichten eigener Beobachtung. Es ergibt sich zunächst, daß die Gesamtazidät wie auch die Werte für gebundene Salzsäure zum Teil unterhalb, zum Teil auch innerhalb der normalen Grenzen sich bewegen, wobei sie im letzteren Falle mehr der unteren Grenze sich nähern, während die Werte für freie Salzsäure negativ oder unternormal sind. Demgegenüber sind die organischen Säuren vermehrt. Die Prüfung des ausgeheberten Mageninhaltes läßt nach der entsprechenden Zeit nicht etwa einen feinverteilten Brei, sondern nur grobe, unverdauliche Brocken und mikroskopisch unverdaute mit Jod nachweisbare Stärke erkennen. In allen Fällen findet sich ein Auftreten großer Schleimmassen. Des weiteren ist eine starke Abnahme der peptischen Kraft des Magens zu konstatieren. Außerdem kommen noch Bakterienmengen und Fetttröpfchen vor. Ein weiteres Diagnostikum besteht in der Verminderung der Chloridmenge unter die Hälfte des Normalen, während der Urin eine Steigerung seines Chloridgehaltes aufweist. Klinisch ist für die Magenlues ein plötzlicher Anfang und ein verhältnismäßig geringer Einfluß auf die Gesamtkonstitution, keine Kachexie wie beim Karzinom, ferner das nicht seltene, manchmal periodische Rezidivieren charakteristisch, wobei die Patienten über Schmerzen oder schmerzhafte Sensationen in der Magengegend klagen. Ein ziemliches Gewicht legt Verfasser auf die vermehrte Ausscheidung einverleibter Galaktose. Dagegen ist die Harnstoffmenge im Urin vermindert. H. Vörner-Leipzig.

Digitized by Google

Über syphilitische Mastdarmstrikturen, von Schulze-Tigges-Hamburg-Eppendorf. (Beitr. z. klin. Chir., 1914, Bd. 24, H. 1.) Verfasser hat in den letzten 22 Jahren 17 Fälle von Mastdarmstrikturen beobachtet; fast bei allen ließ sich die Syphilis als Ursache anamnestisch oder durch Vorhandensein anderer klinischer Zeichen nachweisen. Die Strikturen selbst bieten keine absolut charakteristischen Merkmale, die sich differentialdiagnostisch für die Entstehung aus luetischen oder aus anderen ulzerösen Prozessen verwerten lassen. Sie befanden sich immer einige Zentimeter über der Analöffnung und waren fast immer scharfrandig. Die Behandlung sämtlicher Fälle bestand in der Amputation des Mastdarms auf sakralem Wege unter Erhaltung des Sphinkter. Die spezifische Behandlung ist wertlos, da es sich um die Narben abgelaufener Ulzera handelt. H. Boehme-Leipzig.

Syphilitische Nephritis, von A. Stengel und J. H. Austin-Philadelphia. (Am. J. m. Science, Januar 1915.) In den letzten Jahren ist von verschiedenen Seiten festgestellt worden, daß das syphilitische Virus Nierenentzündungen hervorzurufen geeignet ist, und daß keine Berechtigung besteht für die früher vorherrschende Neigung, alle Erscheinungen von Nierenreizung bei Luetikern auf die eingeschlagene Therapie zu beziehen. Munk, der dieser neueren Auffassung zustimmt, hat 1913 auf das Auftreten von eigentümlichen, doppelt lichtbrechenden lipoiden Körperchen im Urin von Nephritikern hingewiesen und dabei konstatiert, daß dieselben so überwiegend häufig bei gleichzeitiger Syphilis vorkommen, daß er ihnen einen recht ausgesprochenen diagnostischen Wert zuschreibt. Verfasssr haben zur Prüfung der Frage den Urin von 46 Kranken mit dem Polarisations-Mikroskop untersucht. Es handelte sich dabei bei 23 Fällen um Nephritis mit reichlichem Eiweiß und Zylindern im Urin, von denen sechs Luetiker mit stark positivem Wassermann waren, drei sehr suspekt syphilitisch waren, aber negativen Wassermann ergaben, und 14 zuverlässig als nicht syphilitisch bezeichnet werden konnten. Von diesen letzten 14 ergaben nur fünf das Vorhandensein von Lipoiden im Urin; die sechs Luetiker mit positivem Wassermann zeigten sämtlich die Lipoide und ebenso zwei von den drei zweifelhaften Fällen. Einer der Syphilitiker mit stark lipoidhaltigem Urin war niemals mit Quecksilber behandelt worden. Von den übrigen 23 Fällen, die als interstitielle Nephritis mit bloßen Spuren von Albuminurie teils mit, teils ohne Syphilis gefuhrt werden, zeigte keiner die Lipoidkörperchen. A. Philippi-Salzschlirf.

Ein Fall von Nierenbeckensyphilis, von S. Gottfried. (W. m. W., 1914, Nr. 13.) Der 21jähr. Pat. hatte sich eine ihm unbekannte Flüssigkeit in die Blase einspritzen lassen, um eine Urogenitalerkrankung zwecks Befreiung vom Militärdienste vorzutäuschen. Er erkrankte mit Fieber, Harndrang, Hämaturie und Schmerzen im Bauche. Die urologische Untersuchung ergab eine diffuse Zystitis, beiderseitige Pyelitis und linksseitige Pyelonephritis. Der mittels Ureterenkatheterismus gewonnene Harn erwies sich als kulturell steril; er blieb trotz Nierenbeckenwaschungen trüb. Diese Momente erregten den Verdacht auf Syphilis; die Wassermannsche Reaktion fiel positiv aus. Es wurden nun Injektionen mit Salizylquecksilber verabreicht; nach der dritten begann der Harn sich zu klären und war nach der sechsten völlig klar. Er blieb auch in der Folge völlig normal. R. Frühwald-Leipzig.

Syphilis und Nebennieren, von A. Sézary. (Gaz. des. hôp., 1914, Nr. 80.) Bei jungen Erbsyphilitischen sind Läsionen der Nebennieren sehr häufig und bedingen zum Teil jene Störungen des Allgemeinbefindens, die zur Kachexie führen können. Bleiben die Kinder überleben, so restiert eine Schwäche der Nebennieren, die sich erst gelegentlich einer Infektion oder einer Intoxikation manifestiert. Die erworbene Syphilis ist weniger gefährlich für die Nebennieren; immerhin kann sie Addisonsche Symptome hervorrufen oder durch sklerosierende Entzündung Nebenniereninsuffizienz bedingen.

Digitized by Google

Es ist daher wichtig, daß der Kliniker bei Fällen von Nebenniereninsuffizienz nach Syphilis, bei Fällen von Syphilis nach jener sucht. Gegebenenfalls soll dann die spezifische Behandlung mit der Organotherapie kombiniert werden. Arsen soll in solchen Fällen nur mit äußerster Vorsicht gegeben werden. R. Frühwald-Leipzig.

Fieber bei Lebersyphilis, von K. Hintze-Bangkok. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1914, Nr. 19.) Bei den hier beschriebenen Fällen begann die Erkrankung ziemlich plötzlich mit Magen- und Leibschmerzen, starker Störung des Allgemeinbefindens und hohem Fieber; schon nach kurzer Zeit ließ sich eine deutliche Schwellung des linken Leberlappens nachweisen. Obwohl die Lues bei keinem der Patienten anamnestisch feststand, wurde spezifisch behandelt und damit volle Heilung erzielt. Da die schnelle Entwicklung der Erkrankung und die plötzliche Leberschwellung nicht auf eine Gummabildung zurückgeführt werden kann, glaubt Verfasser, daß zu dem bestehenden Gumma plötzlich entzündliche Vorgänge hinzugekommen seien. H. Boehme-Leipzig.

Lebersyphilis in Gestalt der gewöhnlichen Zirrhose, von W. F. Chency-San Francisco. (Am. J. m. Science, August 1914.) An sechs, den Hauptmomenten nach mitgeteilten Krankengeschichten zeigt Verfasser, daß Lebersyphilis sehr wohl bestehen kann, ohne daß irgendwelche für Lues sprechende klinische Erscheinungen vorhanden sind. Bei zwei der beobachteten Fälle konnte die auf Grund der positiven Wassermannschen Reaktion eingeleitete Behandlung geradezu als lebensrettend bezeichnet werden.
A. Philippi-Salzschlirf.

Die Leber bei erworbener Syphilis, von Harlow Brooks-New York. (New York m. J., 27. Juni 1914.) Die Beobachtungen, welche B. anstellte, erstrecken sich auf 50 Fälle erworbener Lues, wovon 39 bei männlichen und elf bei weiblichen Patienten; drei starben während des aktiven Stadiums der Krankheit, die übrigen stellen das dritte Stadium derselben dar. Symptome von seiten der Leber stellen sich ziemlich früh bei Lues ein, Gelbsucht nicht selten schon im frühen Sekundärstadium, ungefähr zur Zeit, wo Haut und Schleimhäute befallen werden. Wenn auch in manchen Fällen dieser Ikterus als ein katarrhalischer anzusehen ist, so berichtet doch B. über Fälle von sekundärer Syphilis, wo histologisch aktive Periarteriitis mit Rundzelleninfiltration usw. festgestellt wurde. In 14 Fällen war die Leber vergrößert und relativ noch mehr an Gewicht erhöht. 36 der Fälle zeigten fettige Degeneration. Perihepatitis, welche lange Zeit hindurch als häufige Veränderung bei Lebersyphilis angesehen wurde, wurde in mehr weniger hohem Grade in verschiedenen Fällen gefunden und bot bei dreien die äußersten Grade der diffusen Hyaloserositis. Diese pathologischen Studien führten in Zusammenhang mit den klinischen Beobachtungen B. zur Überzeugung, daß nur in seltenen Fällen die Symptome von seiten der Leber bei Syphilis von differential-diagnostischer Bedeutung sind. In keinem seiner sieben Fälle von gummatöser Hepatitis wurde klinisch die Syphilisdiagnose gestellt und waren auch keine Erscheinungen von schwerer Lebererkrankung vorhanden. Wo jedoch palpable Gummata und eine positive Wassermannsche Reaktion festzustellen sind und die spezifische Behandlung erstere deutlich beeinflußt, ist natürlich eine Diagnose möglich. Mikroskopische Untersuchung von Lebergewebe, das tertiären Fällen nach energischer Behandlung entnommen war, zeigte vollständige Resolution, soweit als sie Rundzelleninfiltration, gummatöse Knoten und andere für Lues charakteristische Veränderungen betraf, während die fibröse Hyperplasie wie bei gewöhnlicher Leberzirrhose weiter fortschritt. Verfasser kam daher zu dem Schlusse, daß bei lange bestandenen Fällen von syphilitischer Lebererkrankung die Behandlung weniger günstige Resultate aufweist, als bei den meisten anderen Formen von Lues tiefliegender innerer Organe. M. Stern-München.

Digitized by Google

Zur Klinik der akuten, gelben Leberatrophie mit Berücksichtigung der Ätiologie, von Dr. Halberg-Kiel. (M. Kl., 1915, Nr. 21.) Ein Fall von akuter, resp. subakuter, gelber Leberatrophie, bei dem sich nach der Sektion zufällig herausstellte, daß der Pat. ein viertel Jahr vor der Aufnahme ins Lazarett sich mit Lues infiziert hatte, und seine erste Kur bestehend in elf Kalomelinjektionen und sechs Salvarsaninjektionen = 2,33 g Altsalvarsan acht Tage vor der Aufnahme beendet hatte, lenkte die Aufmerksamkeit des Verfassers auf den Zusammenhang zwischen akuter, gelber Leberatrophie und Syphilis, resp. Salvarsan. Für die Ausführungen Halbergs über das Wesen der akuten, gelben Leberatrophie, ihrer Ätiologie usw. und auch über die in der Literatur herrschenden differenten Anschauungen, sei auf das Original verwiesen. Faßt man den Begriff der Krankheit eng, d. h., versteht man darunter nur solche Veränderungen der Leber, bei denen durch „rapid vor sich gehende Autolyse das Parenchym der Leber in stärkstem Maße fettig zerfällt und resorbiert wird", so kommt von ätiologischen Momenten nur das Frühstadium der Lues und die akute Phosphorvergiftung in Betracht, wenn man nicht mit Leube an eine noch nicht entdeckte Noxe glaubt und von einer idiopathischen, resp. kryptogenetischen akuten, gelben Leberatrophie sprechen will. Wenn man aber den Begriff der akuten, gelben Leberatrophie weiterzieht und Fälle von akuten, schweren Leberdegenerationen mit gelegentlicher Einschmelzung des Parenchyms mit einschließt, so kommen die verschiedensten Intoxikationen und Infektionen als ätiologische Faktoren in Frage: Phosphor, Chloroform, Alkohol, Wurst- und Pilzgifte und vor allem Arsenik, sowie die Infektionskrankheiten: Typhus, Sepsis, Diphtherie, Erysipelas und Syphilis im Frühstadium. Diese beiden Faktoren: daß die Syphilis im Frühstadium sehr häufig zu Lebererkrankungen führt, und daß die Leber die Hauptdepotstelle für das As (aus dem Salvarsan) im Organismus ist, sind wohl bei Stellung der Diagnose und auch bei eventueller Einleitung einer spezifischen Therapie ernstlich zu erwägen. Halberg kommt bei seinen Betrachtungen und dem Studium der Literatur zu folgenden Schlüssen: „Die Übereinstimmung mit einwandfreien Beobachtungen der Verfasser kann, wenn auch außerordentlich selten, auch einmal eine akute, gelbe Leberatrophie ein sogar tödliches Ereignis sein, das dem Salvarsan zur Last gelegt werden muß; sei es durch zu große Gaben des Mittels, sei es infolge individueller Disposition des Luetikers." Trotzdem kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, daß es ganz falsch wäre, aus diesen Gründen die Salvarsanbehandlung aufzugeben, es ist nur Vorsicht in der Dosierung des Mittels und genaue Beobachtung des Patienten notwendig. O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg hat sich als Freiwilliger infolge einer Aufforderung des Roten Kreuzes nach Bulgarien begeben.

Dr. Ernst Meyer, Assistent der Lupusheilstätte der dermatologischen Klinik in Gießen, ist gefallen.

Stadtrat Dr. Friedrich Erismann in Zürich, gewesener Professor der Hygiene in Moskau, bekannt durch seine wichtigen Untersuchungen über die Schweißsekretion, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

11. Dezember 1915 | Nr. 50 | Band 61

Aus der Hautabteilung des Katharinenhospitals in Stuttgart
(Vorstand: Sanitätsrat Dr. Hammer).

Über den diagnostischen Wert der Wassermannschen Reaktion.

Von

Dr. Bendig, Polizeiarzt und II. Arzt der Abteilung.

Seit zehn Jahren wird die Wassermannsche Blutuntersuchung zur Syphilisdiagnose verwertet. Eine Unmenge Literatur ist darüber entstanden. Jedoch die anfänglich zuversichtliche Meinung, daß in der Wassermannschen Reaktion ein spezifisches Diagnostikum dafür gefunden wäre, daß das betreffende Individuum syphilitische Stoffe im Körper habe oder nicht, konnte kritischen Untersuchungen nicht völlig standhalten.

Die Literatur darüber ist in der Dissertationsarbeit von Eduard Weiss-Würzburg: „Wassermannsche Reaktion und maligne Neubildungen“ eingehend besprochen, so daß ich darauf verweise. Aus seiner Arbeit sei nur folgende Stelle festgehalten: „Es kann lange Jahre nach der luetischen Infektion die Wassermannsche Reaktion auf Grund des Spirochätenmaterials im Blute positiv ausfallen. Sie kann aber auch negativ sein besonders dann, wenn die Lues gut behandelt war; die bestehende Neubildung ist aber trotzdem ein Gumma. Es kann also hier der Ausfall der Reaktion durchaus kein therapeutischer Wegweiser sein. Denn wir haben — unter der Annahme, daß bei allen Fällen von Neubildung eine frühere Lues anamnestisch oder klinisch festgestellt ist — folgende Möglichkeiten: WR positiv, Gumma; oder WR negativ, trotzdem Gumma; oder WR positiv, maligne Neubildung auf luetischer Basis; oder WR negativ, trotzdem Neubildung auf luetischer Basis.“

Dazu kommt noch: WR positiv, maligne Neubildung ohne irgend eine anamnestische Angabe über frühere Lues, und WR negativ, maligne Neubildung ohne irgend eine anamnestische Angabe über frühere Lues. Daraus folgt, daß der Ausfall der Reaktion nicht bestimmend für die Therapie sein kann.

Ferner schreibt Bettmann in seinem Buche „Einführung in die Dermatologie“, daß der Kurplan nicht ohne weiteres von dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion abhängig gemacht werden darf. Die serologische Untersuchung kann im ganzen für die Behandlungsfrage nicht

Digitized by Google

allein entscheiden. Und in seinem Buche „Therapie der Haut- und venerischen Erkrankungen“ muß SCHÄFFER seine Behauptung, daß der mit Hilfe der WASSERMANN-Reaktion nachgewiesene Stoff charakteristisch für die Syphiliserkrankung ist, einschränken durch die Angaben, daß positiver „WASSERMANN“ auch bei einigen anderen Krankheiten, Lepra, tropischer Framboësie, Scharlach, Malaria, Rekurrens, Pest, Beriberi vorkommen kann. Darüber liegen eine ganze Reihe von Berichten vor. Auch wir sind auf Grund unserer Beobachtungen dazu gelangt, den Wert der WASSERMANNschen Reaktion wesentlich einzuschränken.

Es seien zunächst unsere seit der Einführung des Salvarsans bis zum 31. Dezember 1913 behandelten und auf WASSERMANNsche Reaktion untersuchten Fälle mitgeteilt.

Beim Primäraffekt war ja eine negative Reaktion noch am ehesten zu verstehen. So hatten wir unter 256 Primäraffekten

74 = 29 % mit WR —
3 = 1 % „ WR ±
16 = 6 % „ WR +
37 = 14 % „ WR ++
126 = 50 % „ WR +++.

Dabei war das Resultat ganz unabhängig von der Zeitdauer, die seit der Infektion verflossen war. Das Alter des Primäraffektes spielt gar keine ausschlaggebende Rolle. In einigen Fällen trat stark positive Reaktion bereits zwei Tage nach der Infektion auf, in anderen war sie noch negativ drei Monate nach der Infektion, wie aus folgender Statistik hervorgeht. Bei 207 Primäraffekten konnte die Zeit der Infektion festgestellt werden.

In 34 Fällen lag die Ansteckung 2—8 Tage zurück. Davon hatten

WR — 14 = 41 %
WR ++ 7 = 20 %, darunter einer, der erst 2 Tage alt war,
WR +++ 13 = 39 %, darunter drei, die erst 2 Tage alt waren.

In 60 Fällen lag die Ansteckung 9—14 Tage zurück. Davon hatten

WR — 16 = 26 %
WR + 7 = 12 %
WR ++ 13 = 22 %
WR +++ 24 = 40 %.

In 63 Fällen lag die Ansteckung 3—4 Wochen zurück. Es hatten

WR — 21 = 33 %
WR + 5 = 8 %
WR ++ 7 = 11 %
WR +++ 30 = 48 %.

Digitized by Google

In 32 Fällen lag die Ansteckung 5—6 Wochen zurück. Es hatten

WR — 10 = 31 %
WR + 2 = 6 %
WR ++ 3 = 10 %
WR +++ 17 = 53 %.

In 8 Fällen lag die Ansteckung 7—8 Wochen zurück. Es hatten

WR — 3 = 38 %
WR ++ 1 = 12 %
WR +++ 4 = 50 %.

In 10 Fällen lag die Ansteckung 3 Monate zurück. Es hatten

WR — 3 = 30 %
WR + 2 = 20 %
WR +++ 5 = 50 %.

Fassen wir die Fälle bis zum Ablauf der sechsten Woche einerseits, die nach der sechsten Woche andererseits zusammen, so ergibt sich: von 189 Primäraffekten im Alter bis 6 Wochen hatten

WR — 61 = 32 %
WR + 14 = 7 %
WR ++ 30 = 16 %
WR +++ 84 = 45 %;

von 18 Primäraffekten, die über 6 Wochen alt waren, hatten

WR — 6 = 33 %
WR + 2 = 11 %
WR ++ 1 = 6 %
WR +++ 9 = 50 %;

Die Angaben W. Fischers, daß vor dem Ablauf der sechsten Woche nach der Ansteckung 20 %, nach der sechsten Woche 80 % positiv reagierten, konnten also nicht bestätigt werden. Auch das Verhältnis der Spirochätenanzahl im Dunkelfeld war nicht proportional der Stärke der Wassermannschen Reaktion.

Es sei noch bemerkt, daß die Wassermannsche Serumuntersuchung bei uns im serologischen Laboratorium der Katharinenhospital-Apotheke selbstverständlich auf das genaueste ausgeführt wird, damit auch paradoxe Erscheinungen, wie sie Meirowsky 1910 beschreibt, möglichst ausgeschaltet werden. Jede Wassermannsche Untersuchung wird mit 3—4 Extrakten angestellt, darunter mindestens zwei Lues-Leberextrakte und bei zweifelhaften Fällen immer noch ein Lues-Leberextrakt aus dem Wassermann-Laboratorium.

Stets Kontrolle: 1. Hämolytisches System; 2. doppelte Menge Serum; 3. doppelte Menge Extrakt; 4. sicher luetisches Serum (Durchschnittsserum von mindestens sechs Patienten); 5. sicher nicht luetisches Serum

Digitized by Google

(Durchschnittsserum von mindestens sechs Patienten); 6. Hammelblut-NaCl-Lösung (Isotonie); 7. Komplement (Eigen-Ambozeptor); Bestimmung der vom jeweilig im Hauptversuch verwendeten Extrakt absorbierten Komplementmenge (neuere Arbeit von Marg. Stern).

Von den 74 Primäraffekten mit negativer WR wurden 31 auch während der Behandlung untersucht.

Es blieben negativ 27
es hatten WR + 1
WR ++ 2
WR +++ 1 (am Schluß der Kur —).

Zur Nachuntersuchung nach $^1/_4$—2 Jahren kamen 10, darunter 7, die während der Kur WR — hatten und es auch bei der Nachuntersuchung blieben. In einem Falle trat $^1/_2$ Jahr nach der Behandlung (Salvarsan 0,6 und 20 Inunktionen) ein papulöses Syphilid des Gesichts, der Brust und des Rückens auf mit WR +++, die auch während der Kur (dreimal Salvarsan à 0,6 und 30 Inunktionen) und am Schluß derselben stark positiv blieb.

In einem anderen Falle mit kleiner Erosion an der linken Nymphe (viele Spirochaetae pallidae) war die WR negativ am Anfang wie am Ende der Kur (zweimal Salvarsan à 0,6 und 25 Inunktionen); 16 Monate später breite Kondylome, Leucoderma colli mit WR +++: Hg-Kur mit 36 Inunktionen à 4 g (Salvarsan konnte wegen schlechter Venenverhältnisse nicht gegeben werden), sechs Monate später wieder papulöses Rezidiv. Endlich traten bei einem Patienten nach vier Monaten Papeln mit WR + auf.

Von den drei Patienten mit WR + kam einer zur Nachuntersuchung. Er hatte nach drei Monaten WR +, nach weiteren vier Monaten ohne Behandlung WR —.

Von den 16 Patienten mit WR + wurden während der Kur untersucht 8. Davon hatten WR —: 5, WR +: 2, WR ++: 1. Zur Nachuntersuchung kamen 2, davon hatte einer nach 2 Monaten WR —, der andere kam nach 13 Monaten mit Papulae ani, Psoriasis palm. et plant. und WR +++. Er erhielt zweimal Salvarsan und 20 Inunktionen: 5 Monate später Papeln am Präputium mit Spiroch. pallid. und WR +++, wieder zweimal Salvarsan und 20 Inunktionen. Am Schluß der Kur WR +++.

Von den 37 Patienten mit WR ++ wurden 16 auch während der Kur untersucht. Davon hatten

WR — 12, einer davon am Schluß WR +++,
WR + 1
WR ++ 1
WR +++ 2, einer davon am Schlusse, nachdem er dreimal Sal-

Digitized by Google

varsan und 30 Inunktionen erhalten, WR +++, 9 Monate später Papeln mit Spiroch. pallid., dabei WR —, wieder Kur, während derselben und am Schlusse WR —, auch später bei wiederholten Nachuntersuchungen WR —.

Zur Nachuntersuchung kamen außerdem noch 6 Primäraffekte. Davon waren negativ: drei nach 2 Monaten, einer nach 3 Monaten (dabei Rachenpapeln!). Zwei Fälle kamen wiederholt zur Nachuntersuchung, einer blieb stets negativ, einer, der während der Kur negativ gewesen war, hatte zweimal Salvarsan à 0,5 und 30 Inunktionen erhalten.

2 Monate	später	WR ++	: 30 Inunktionen,	
3 „	„	WR —		
11 „	„	WR +	: 30	„
2 „	„	WR +++	: 22	„
1 Monat	„	WR —	: 28	„
2 Monate	„	WR ++	: 30	„ (am Schluß der Hg-Kur WR +++).

Von den 126 Primäraffekten mit WR +++ wurden während der Kur 61 untersucht. Es hatten

WR — 17, sie waren es auch am Schlusse,
WR + 2, davon einer 3 Monate später Papeln,
WR ++ 7,
WR +++ 35, davon 8 am Schlusse WR —.

Zur Nachuntersuchung gelangten 25. Es hatten

WR — 13. Einer davon hatte nach 2 Monaten WR —, 3 Monate später WR +++, erhielt Salvarsan dreimal und Hg-Kur, 2 Monate später WR —, 1 Monat später +.
WR ++ 1, und zwar 7 Monate später,
WR +++ 5. Außerdem hatten 6 nach $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr Rezidive (Papeln, Exanthem) mit WR +++.

Zusammenfassend läßt sich folgendes feststellen: Von den 256 Primäraffekten kamen 45 zur Nachuntersuchung. Davon hatten WR — 12, darunter 7, die von Anfang an negativ gewesen waren. Bei 13 traten Rezidive auf (Papeln, Exanthem, Angina), wobei die WR in 11 Fällen +++, in 2 Fällen negativ ausfiel. In den anderen 20 Fällen wechselte die Wassermannsche Reaktion von + bis +++.

Auch bei der sekundären Lues war die Reaktion nicht eindeutig. Es hatten unter 471 Patienten

26 = 6 % WR —,
5 = 1 % WR ±,
12 = 3 % WR +,
26 = 5 % WR ++,
390 = 83 % WR +++,
12 waren nicht untersucht.

Digitized by Google

Bei den Rezidiven nach Hg war der Stand folgender:
Unter 152 Patienten hatten 14 = 9% WR —,
1 = 1% WR ±,
10 = 7% WR +,
23 = 15% WR ++,
100 = 66% WR +++.
4 wurden nicht untersucht.

Bei den Rezidiven nach Salvarsan und Hg (auswärts behandelt) hatten unter 28 Patienten 2 = 7% WR —,
3 = 11% WR ++,
23 = 82% WR +++.

Von den 67 Patienten mit tertiärer Lues hatten
7 = 10% WR —,
1 = 1% WR +,
6 = 9% WR ++,
51 = 80% WR +++.

Von 30 Patienten mit metaluetischen Erscheinungen hatten
4 = 13% WR —,
1 = 3% WR ±,
1 = 3% WR +,
3 = 10% WR ++,
19 = 63% WR +++,
2 wurden nicht untersucht.

Von 15 Patienten mit hereditärer Lues hatten
3 = 20% WR —,
1 = 7% WR +,
6 = 40% WR +++,
5 wurden nicht untersucht.

Zusammenfassend hatten unter 994 Patienten mit manifester Lues resp. Metalues:
130 = 13% WR —,
10 = 1% WR ±,
41 = 4% WR +,
98 = 10% WR ++,
715 = 72% WR +++.

Bei der Wassermannschen Untersuchung während der Kur ergaben sich gleichfalls dieselben unregelmäßigen Resultate wie bei den Primäraffekten. Wiederholt haben wir feststellen können, daß die anfangs positive Reaktion im Verlaufe der Kur negativ ausfiel, um am Schluß wieder positiv zu werden.

Digitized by Google

Die Schwierigkeit beginnt jedoch erst bei den latenten Fällen von Lues, wo wir uns auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion allein verlassen sollen.

Bei unseren 448 Lues lat.-Fällen hatten

WR —	173	= 38 %,
WR ±	4	= 1 %,
WR +	15	= 3 %,
WR ++	52	= 12 %,
WR +++	204	= 46 %,

wobei die meisten zwei und mehrere Hg- und Salvarsan-Kuren durchgemacht hatten. Dabei richtete sich der Ausfall durchaus nicht nach der Menge der Kuren, wie Altmann annimmt. Wir haben 103 Fälle, in denen die negative Reaktion nach Hg allein auftrat und auch negativ blieb, darunter sogar 31 Patienten, bei denen nach einer einzigen Inunktionskur negative Reaktion eintrat, die auch bei jahrelangen — bis zu 10 Jahren — Nachuntersuchungen negativ blieb. Andererseits sind viele Fälle vorhanden, in welchen die Reaktion trotz vieler Kuren stark positiv blieb, oder auch bisweilen manchmal bis zu 2 Jahren negativ war, um dann wieder positiv zu werden. Ein überaus trauriges Beispiel war die Mitteilung im vorigen Jahre über einen Patienten, der mehrere intensive Kuren durchgemacht hatte und dann 2 Jahre lang negative WR zeigte, und dem der Arzt daraufhin die Ehe gestattet hatte: 6 Wochen nach der Hochzeit hatte die junge Gattin Papeln und Roseola! Aus meiner Praxis ein Beispiel: E. W., 1908 Infektion. 2 Hg-Kuren und Jodkalium bei einem Kollegen. 4. III. 1914 keine Erscheinungen, WR +++: dreimal Salvarsan à 0,4 und 8 Hg-Salizylinjektionen. 10. IX. 1914 WR —, 4. III. 1915 WR —, 2. VI. 1915 WR —, dabei Periostitis tibiae, die auf Jodkalium und Kur zurückging.

Durch unsere 1—3 Jahre dauernden Untersuchungen kommen wir zu demselben Tohuwabohu, das Fuchs an der Hand seines Materials in Przemysl aufstellt:

WR beim Zugang positiv, nach der Behandlung negativ und dauernd negativ.

WR beim Zugang positiv, bis zu einem Jahre negativ, dann positiv, nach der Behandlung negativ und dauernd negativ.

WR beim Zugang positiv, nach der Behandlung negativ, trotz klinischer Rezidive negativ, nach der Behandlung weiter negativ.

WR beim Zugang positiv, trotz Behandlung stets positiv.

WR beim Zugang negativ, auf Behandlung negativ und dauernd negativ.

Digitized by Google

WR beim Zugang negativ, auf Behandlung positiv, auf neuerliche Behandlung negativ und negativ geblieben.

WR beim Zugang negativ, auf Behandlung positiv, trotz weiterer Behandlung positiv.

Diese Aufstellung läßt sich noch beliebig erweitern.

Ja, ist dann die Wassermannsche Reaktion überhaupt noch ein spezifisches Diagnostikum für Lues?!

Schon 1912 wurde diese Frage: „nach wie langer Zeit kann noch die wiederholt negativ befundene WR wieder in die positive umschlagen", auf der Frühjahrsversammlung der südwestdeutschen Dermatologen in Stuttgart von San.-R. Dr. Hammer zur Erörterung gestellt. Dabei zeigte es sich, daß damals bereits etwa ein Dutzend derartiger Beobachtungen (positive Reaktion nach längere Zeit bestehendem negativem Befunde) vorlag. So berichtete Hammer über drei Fälle. Der erste Fall war eine Reinfectio syphilitica aus dem Jahre 1909, der nach ausgiebiger Hg-Behandlung (zuletzt Kalomelinjektion im Januar 1911) im Juli und Oktober 1911 negativ, im Januar 1912, also nach einem Jahre, aber wieder positiv (++) gefunden wurde. Beim zweiten Fall stammte die Syphilis aus dem Jahre 1903; bis 1909 gaben hartnäckige weiße Flecke an der Zunge bei dem unverbesserlichen Raucher zu zahlreichen Hg-Kuren Veranlassung. Diese Flecke waren auch noch Ende Oktober 1910 (letzte Hg-Kur Januar 1910) vorhanden, als die WR negativ befunden wurde, Januar 1911 ebenfalls negativ, dagegen elf Monate später wieder positiv. Der dritte Fall muß mehr als ein zwischen den Behandlungen schwankender angesehen werden. Es gelang aber nicht, trotz ausgiebigster Behandlung, ein dauernd negatives Ergebnis zu erzielen. Über ähnliche Beobachtungen konnten damals auch Dreyer, Loeb, Max Müller, Gutmann, Jacobi, Halle, Lion berichten, in denen eine mehrfach festgestellte negative Wassermannsche Reaktion nach einem Intervall von 1—3 Jahren wieder positiv geworden war.

In einem Aufsatz von A. Dreyer 1913 ist der positive Ausfall sogar erst vier Jahre später wieder aufgetreten, nachdem trotz rezidivierender Iritis die Untersuchung bis dahin stets ein negatives Resultat ergeben hatte.

In der Zwischenzeit hat nun wohl jeder mehr oder weniger derartige Fälle beobachtet, wo nach einer Latenzperiode von 2—3 oder noch mehr Jahren mit negativer WR plötzlich wieder klinische Erscheinungen, besonders tertiärer Art mit positiver oder auch negativer Reaktion wie mein oben erwähnter Fall, auftraten. Daraus folgt, daß die negative WR im Einzelfalle weder unser therapeutisches Vorgehen noch die Prognosenstellung, also auch nicht den Ehekonsens, bestimmen darf.

Digitized by Google

Wir werden dazu geführt, die WR in Zukunft wieder mehr als eine einzelne Erscheinung anzusehen, die als solche keine unbedingte Geltung hat, sondern nur im Zusammenhang mit anderen verdächtigen Kennzeichen gewertet werden darf.

Es ist nur zu begrüßen, wenn wir uns wieder fester auf unsere klinischen Merkmale stützen. Es werden vielleicht auch andere es als psychologisch bedenklich gefunden haben, daß man angefangen hat, die Lues-Hauterscheinungen oft nur dann gelten zu lassen, wenn der Serumbefund damit übereinstimmt, sich aber im Gegenfall unbehaglich und unsicher zu fühlen.

Man hat ja oft betont, die negative WR sei bedeutungslos und diagnostisch nicht zu verwerten. Aber mit dem Kranken freut man sich doch immer über den negativen Befund, und es bildet sich dann unter der Hand das Gefühl aus, daß es eine günstige Erscheinung sei, besonders, wenn sie sich einige Male wiederholt.

Wie steht es nun aber mit dem positiven Ausfall der Reaktion? Ist sie durchaus beweisend für Syphilis? Wir wissen, daß die positive Reaktion bei Lepra, Framboesia tropica, im Narkosenblut, bei Malaria, bei Scharlach, im Leichenblut und im eklamptischen Anfall vorkommt.

Über vorübergehende leichte Hemmung der Hämolyse bei Ulcera mollia berichtet Fr. Blumenthal. F. Lesser weist darauf hin, daß es Sera von Nichtsyphilitischen gäbe, die sehr träge zur Hämolyse führten, und daß insbesondere bei Seren von Patienten, die an Ulcera mollia mit Bubo litten, die Hämolyse sehr langsam eintrete. Im Frühjahr 1915 erschien dann eine Arbeit von C. Gutmann, in der er über einige Fälle von vorübergehender positiver Wassermannscher Reaktion bei Ulcera mollia und non venerea berichtet.

Es sei mir nun gestattet, an der Hand eines ziemlich reichlichen Materials meinerseits zu der Frage Stellung zu nehmen. Seit Mitte 1912 haben wir bei sämtlichen wegen Geschlechtskrankheiten eingelieferten Mädchen die Wassermannsche Reaktion angestellt. Darunter waren 813, die nur an Gonorrhoe litten und auch früher nicht Lues gehabt hatten. Von diesen an Tripper erkrankten Mädchen hatten

129 = 16 % WR +++
45 = 6 % WR ++
37 = 4 % WR +

211 = 26 % positive Wassermannsche Reaktion.

Auf Grund dieses positiven Resultates haben wir diese Mädchen Inunktionen zu täglich 4 g Ung. cinereum vornehmen lassen. War die Gonorrhoe geheilt, dann wurde das Mädchen entlassen, auch wenn es

Digitized by Google

erst einige wenige Inunktionen vorgenommen hatte. Wurde dann nochmals die Blutuntersuchung angestellt, so hatten wir die merkwürdige und zugleich befriedigende Tatsache, daß die Wassermannsche Reaktion schon nach diesen wenigen (manchmal 3—5) Inunktionen negativ ausfiel.

Einige Beispiele seien angeführt:

E. D. Aufnahme 22. VII. 1914. Gonorrhoe, Erosio cervicis WR ±. 28. VII. WR +++. 6 Inunktionen. 11. VIII. WR —.

M. K. Aufnahme 3. VII. 1915. Gonorrhoe, Parametritis, Erosionen nympharum, 3 Inunktionen. Aussetzen der Kur wegen hoher Temperatur und schlechten Allgemeinbefindens. 3. VIII. WR ++. 11. VIII. WR —. 24. VIII. WR —.

M. R. Erste Aufnahme 16. I. Gonorrhoe. WR +++. 17 Inunktionen. Zweite Aufnahme 17. IV. Gonorrhoe. WR —.

M. J. Erste Aufnahme 16. IX. 1914. Gonorrhoe. WR —. Zweite Aufnahme 20. III. 1915. Gonorrhoe und Bartholinitis. WR +++. 20 Inunktionen. 10. IV. WR — (20 Tage später).

M. A. Erste Aufnahme 5. V. 1914. Gonorrhoe. WR —. Zweite Aufnahme 21. VII. 1914. Gonorrhoe. WR —. Dritte Aufnahme 6. XI. 1914. Gonorrhoe. WR +. Vierte Aufnahme 16. XII. 1914, Gonorrhoe. WR —. Fünfte Aufnahme 24. IV. 1915. Gonorrhoe und Skabies. WR +++. 17 Inunktionen. 12. V. WR — (18 Tage später).

E. L. Erste Aufnahme 25. XI. 1913. Gonorrhoe, Erosio cervicis. WR ++. 11 Inunktionen. Zweite Aufnahme 10. II. 1914. Gonorrhoe. WR —.

Derartige Fälle, in denen die positive Wassermannsche Reaktion nach nur wenigen Inunktionen negativ wurde, haben wir 43mal beobachtet, und zwar 26mal bei WR +++, 12mal bei WR ++, 5mal bei WR +. In 8 Fällen blieb die Reaktion positiv trotz Hg-Kur.

Dann erschien die Arbeit von C. Gutmann über vorübergehende positive Reaktion bei Ulcera mollia und non venerea. Wir haben sofort daraufhin unsere Behandlungsweise einer Änderung unterzogen. Trotz positiver Wassermannscher Reaktion unterblieb die antiluetische Behandlung. Dafür wurde die Blutuntersuchung öfter angestellt. Und da zeigte es sich, daß auch ohne antiluetische Kur die anfangs positive Reaktion oft schon nach 8 Tagen negativ ausfiel. Auch hier einige Beispiele:

1. L. B. Erste Aufnahme 4. IX. 1914. Gonorrhoe. WR —. Zweite Aufnahme 7. IV. 1915. Skabies. WR +++. Dritte Aufnahme 25. VI. 1915. Gonorrhoe. WR —. 12. VII. 1915. Skabies wieder aufgetreten. WR ++.

2. A. S. Aufnahme 4. VI. 1915. Gonorrhoe, sehr starker Ausfluß, WR +++. 15. VI. 1915. WR +, 11 Tage später. 28. VI. 1915. WR —, 13 Tage später. 16. VII. 1915. WR —, 18 Tage später.

3. C. H. Vorher 9mal wegen Gonorrhoe im Spital gewesen. Zehnte Aufnahme 12. IX. 1911. Gonorrhoea urethrae. WR —. Elfte Aufnahme 18. XII. 1911. Gonorrhoe und Zervikalgonorrhoe. WR +++. Zwölfte Aufnahme 20. VI. 12. Gonorrhoea urethrae. WR —. Dreizehnte Aufnahme 16. VI. 1913. Gonorrhoea urethrae. WR —.

4. M. D. Erste Aufnahme 1. V. 1915. Gonorrhoea urethrae. WR —. Zweite Aufnahme 19. VII. 1915. Gonorrhoe und Zervikalgonorrhoe. WR +++. 28. VII. 1915. WR —, 9 Tage später. 7. VIII. 1915. WR —, 10 Tage später.

Digitized by Google

5. E. A. Erste Aufnahme 19. VII. Gonorrhoea urethrae und Zervikalgonorrhoe. WR +++. 24. VII. WR +, 5 Tage später. 3. VIII. WR —, 10 Tage später. 9. VIII. WR —, 6 Tage später. Zweite Aufnahme 26. VIII. Gonorrhoea urethrae. WR —.

6. S. A. Aufnahme 17. VII. Gonorrhoe und Zystitis. WR ++. 24. VII. WR +, 7 Tage später. 3. VIII. WR —, 10 Tage später. 9. VIII. WR —, 6 Tage später.

Derartige Fälle, in denen die anfangs positive Wassermannsche Reaktion ohne irgend eine antiluetische Behandlung oft schon nach wenigen Tagen negativ ausfiel, haben wir 25mal beobachten können und zwar 12mal bei WR +++, 6mal bei WR ++, 7mal bei WR +. In nur 4 Fällen blieb die Reaktion bis zur Entlassung der Mädchen positiv. Auch hier ein Beispiel:

M. M. Erste Aufnahme 13. I. 1914 wegen Gonorrhoea urethrae et cervicis. Anamnestisch von Lues nichts zu eruieren. WR —. Klinisch nichts nachweisbar. Entlassen 9. III. 1914. Zweite Aufnahme 24. III. 1915. Gonorrhoe. Entlassen 10. IV. 1915. Dritte Aufnahme 6. V. 1915. Gonorrhoe WR —. Entlassen 7. VI. 1915. Vierte Aufnahme 22. VI. 1915. Gonorrhoe. WR +++. 14. 7. WR +++. Entlassen 17. VII. 1915. Fünfte Aufnahme 5. VIII. 1915. Gonorrhoe urethrae et cervicis. WR +++. Inunktions-Kur. 26. VIII. 17 Inunktionen. WR +++. 30 Inunktionen. WR +++. Entlassung 8. IX. 1915.

Also klinische Symptome nicht nachweisbar; Patientin war dauernd unter ärztlicher Beobachtung. Trotz der positiven Reaktion würde ich es nicht wagen, hier Syphilis anzunehmen und dementsprechend weitere antiluetische Kuren zu verordnen.

In den anderen Fällen von positiver Wassermannscher Reaktion bei Gonorrhoe hat eine Nachuntersuchung nicht stattgefunden. Besonders auffallend war, daß die Reaktion hauptsächlich bei Komplikationen der Gonorrhoe: Zervikalgonorrhoe, Parametritis, Zystitis, Erosionen der Zervix positiv ausfiel, später, wenn die Komplikationen behoben waren, wieder negativ wurde.

Außerdem wurde die Blutreaktion in 20 Fällen von Skabis angestellt.

In 5 Fällen war WR +++ } = 45 %
„ 2 „ „ WR ++ }
„ 2 „ „ WR + }
„ 11 „ „ WR — = 55 %.

In 6 Fällen waren die Mädchen kurz vorher (4—6 Wochen) wegen Gonorrhoe im Spital gewesen, damals fiel die WR — aus. Jetzt bei Skabies positiv; sie erhielten 2 Tage Naphtholsalbe. Fünf Mädchen kamen nach 3—5 Wochen wegen Gonorrhoe wieder: WR —.

Ferner hatte ein Patient mit Bubo WR +++, die nach Heilung negativ war.

Digitized by Google

Von der „inneren Abteilung" des Katharinenhospitals werden mir noch folgende Fälle mitgeteilt:

1. B. F., 30 Jahre alt. Chronische Nephritis haemorrhag., Endokarditis, Polyarthritis. 20. I. 1915. WR +++. 23. I. 1915. WR +++. 13. III. 1915. WR +. Keine Anhaltspunkte für Lues. Die ersten beiden stark positiven Resultate wurden zur Zeit des schlechtesten Allgemeinbefindens (suburämische Zustände) erhalten, das dritte schwach positive (+) (fragliche — unspezifische? — Hemmung) in einer Zeit relativ guten Befindens ohne wesentliche urämische oder kardiale Störungen.

2. F. H., 20 Jahre alt. Nephritis subacuta. 7. VIII. WR +++. 14. VIII. WR —. Allgemeinbefinden zur Zeit der ersten und zweiten Untersuchung ungefähr gleich, keine urämischen Symptome. Keine Anhaltspunkte für Lues.

3. K. K., 25 Jahre alt. Typische perniziöse Anämie. Ätiologie: Anamnese ohne sicheren Anhaltspunkt, insbesondere keine für überstandene Lues sprechenden Angaben. 27. III. 1915. WR +++. 6. IV. 1915. WR —.

4. A. K., 56 Jahre alt. Diagnose (per autopsiam): Dilatation und Hypertrophie beider Ventrikel, besonders des linken. Arteriosklerose der basalen Hirngefäße. Kleine apoplektische Zyste im rechten Nucleus lentiformis (von leicht apoplektischem Insult vor 7 Jahren herrührend). Keine Anhaltspunkte für Lues. WR +++. (1 Tag ante exitum) zur Zeit schwerster Herzinsuffizienz mit Ödem, Zyanose, Dispnoe.

5. K. W., 37 Jahre alt. Gepäckarbeiter. Diagnose: Neurasthenie? Anamnese: keine sicheren Anhaltspunkte für Lues. Klagen über nächtliche Kopfschmerzen. Befund: Innere Organe ohne Besonderheiten. Rechts: Fragliche Vergrößerung der Kubitaldrüsen. Linker Achillesreflex meist nicht auslösbar, einmal schwache Zuckung zu erhalten. Die übrigen motorischen Reflexe sämtlich normal. 26. IX. WR im Blut +++. 2. X. WR im Blut —. 2. X. WR in Lumbalflüssigkeit (normaler Druck) —. Die somatischen Befunde zusammen mit dem ersten stark positiven „Wassermann" im Blute hätten den Verdacht auf Lues latens oder beginnende Tabes gerechtfertigt. Der zweite negative Befund im Blut verbunden mit dem negativen Liquorbefund sprechen fast zwingend gegen eine solche Annahme.

Ferner ist in mehreren Fällen von Puerperium, in denen bestimmt keine Lues vorhanden war, die Wassermannsche Reaktion positiv ausgefallen, um nach 8—14 Tagen oder auch erst nach 4 Wochen negativ zu werden. Es ist dieses von sehr großer Wichtigkeit für das Ammenwesen.

Wie lange jedoch die positive Phase dauert, darüber läßt sich gar kein Anhaltspunkt geben. Sie kann ganz kurz, vielleicht nur für Stunden, positiv sein, sie kann aber auch für 4 Wochen und darüber hinaus bestehen.

Es wäre dringend erwünscht, weitere Pyodermien und auch sonstige Erkrankungen der Blutuntersuchung zu unterziehen, um Klarheit in dieses Gebiet zu bringen.

Jedenfalls bin ich mit Gutmann der Ansicht, daß es nicht angängig ist, auf Grund einer positiven Wassermannschen Reaktion allein den Patienten für luetisch zu halten und dementsprechend zu behandeln, wenn nicht sonstige Anhaltspunkte vorhanden sind.

Digitized by Google

Ich kann daher der Forderung nicht beipflichten, daß bei jedem Soldaten am Schlusse des Krieges die Wassermannsche Reaktion angestellt werden soll. Unsere braven Feldgrauen haben so viel durchgemacht, ihr Körper hat die größten Strapazen auszuhalten gehabt. Da glaube ich, daß es wohl Fälle geben dürfte, in denen die WR positiv ausfällt, ohne daß der Mann jemals Lues gehabt hat. Gewiß liegt es im Interesse der Menschheit, die Lueskranken vor ihrer Entlassung einer antiluetischen Kur zu unterziehen. Aber auf Grund einer positiven Reaktion allein halte ich den Mann nicht für luetisch.

Zusammenfassend:

Die Wassermannsche Serumreaktion ist kein spezifisches Diagnostikum für Lues. Die positive WR kommt zwar oft bei der syphilitischen Erkrankung in allen Stadien, besonders häufig im Sekundärstadium, vor und kann daher bisweilen als Symptom mit verwertet werden. Der negative Ausfall ist jedoch niemals ein Beweis dafür, daß die Lues erloschen ist. Desgleichen ist die positive Reaktion allein, ohne daß sonstige Anhaltspunkte für Lues bestehen, niemals als Syphilis aufzustellen, da sie auch bei allen möglichen anderen Krankheiten vorkommen kann, wie Lepra, Bleivergiftung, Ulcus molle, Bubo, Gonorrhoe mit Komplikationen, Skabies, Eklampsie, Malaria, Scharlach, in Narkose, bei perniziöser Anämie, Nephritis, Pemphigus, malignen Neubildungen usf.

Literatur.

Weiss, Eduard, Dissertation Würzburg: Wassermannsche Reaktion und maligne Neubildungen. — Gutmann, C., Über vorübergehende positive Wassermannsche Reaktion bei Ulcera mollia und non venerea. Derm. Zschr., 1915, Bd. 22, H. 3. — Beltmann, Einführung in die Dermatologie. 1914. — Schäffer, Therapie der Haut- und venerischen Erkrankungen. 1915. — Fuchs, Luesbehandlung und Wassermann. Derm. W., 1914, Bd. 59, Nr. 28. — Dreyer, A., Über Wassermannsche Reaktion bei Bleivergifteten. D. m. W., 1911, Nr. 17. — Blumenthal, Fr., Derm. Zschr., Bd. 17, H. 2. — Lesser, F., Derm. Zschr., Bd. 20, H. 3. — Hesse, Positive Wassermann-Reaktion bei Pemphigus. W. kl. W., 1915, Nr. 3. — Altmann, Die Serodiagnostik der Syphilis. Derm. Zschr., Bd. 19, H. 1. — Boas und Eicken, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, an Leichenblut angestellt. Hospitalstidende, 1913, Nr. 32.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

September 1915, Bd. 22, H. 9.

Beitrag zur Kenntnis der Resorzinvergiftung bei äußerer Applikation des Mittels, von J. Kyrle-Wien. Die Beobachtung betrifft ein zweijähriges Kind, bei welchem ein Herpes tonsurans an beiden Oberschenkeln vorlag, es wurden Umschläge

Digitized by Google

mit 10%iger Resorzinlösung und darüber als Abschluß nach außen Billrothbattist gegeben. Den ersten Tag vertrug sie das Kind, aber am Morgen des dritten Tages lag es in schwerster toxischer Agonie. Durch geschickt und sorgfältig ausgeführte Gegenmaßnahmen kam das Kind mit dem Leben davon. Bei Kindern solle man die Verwendung des Resorzins, selbst in relativ gering konzentrierten Lösungen oder Salben über größere Hautpartien unterlassen. (Die gleiche Vorsicht sollte bei allen Körpern der aromatischen Reihe geübt werden. D. R.)

Über die Hauterscheinungen bei Meningitis cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung des Herpes, von G. Scherber-Wien. Bei dem 17jährigen Mädchen traten die Veränderungen an Haut- und Schleimhäuten bereits in den ersten Tagen einer meningitischen Erkrankung auf. Von bullös-nekrotischem Charakter fanden sie sich am Eingang der Nase links, auf der gleichen Hälfte der Oberlippe auf dem Lippenrot, in der Mundhöhle, auf hartem und weichen Gaumen und auf den Oberkieferpartien. Weiter bestehen Effloreszenzen auf dem linken Handrücken, an den Lenden, der rechten Crista ossis ilei und an beiden Oberschenkeln.

Über die Sclerodermia circumscripta und ihre Beziehungen zum Lichen sclerosus, von Enzo Bizzozero. Auf Grund einer Kritik an drei ausführlich geschilderten eigenen Beobachtungen und der schon früher in der Literatur vermerkten Fälle kommt B. zu der Ansicht, daß es zwei Haupttypen gibt, von welchen die eine dem Lichen ruber planus und die andere der kartenblattähnlichen Sklerodermie nahesteht. Die erste geht aus Effloreszenzen hervor, die den Charakter des Lichen ruber planus besitzen (L. sclerosus). Zwischen dieser und der anderen besteht eine verbindende Gruppe, welche gleichzeitig die Merkmale des L. sclerosus und die der Sclerodermia circumscripta aufweist, vom Verfasser mit Sclerodermia lichenoides bezeichnet. Die übrigen Fälle, namentlich die eine Zeitlang als White spot disease bezeichneten, fallen unter die kartenblattähnliche Sklerodermie. Diese ist nach dem Verfasser nichts weiter als eine besondere Form der Sklerodermie, welche am besten mit Sclerodermia guttata bezeichnet werden sollte.

Fall von Hauttransplantation mit eigenartigem Resultat, von James Strandberg-Stockholm. Bei einer Patientin war vor 23 Jahren wegen eines Hautdefektes am Handrücken ein Stück Bauchhaut transplantiert worden. Als die Patientin korpulent wurde, nahm auch der Panniculus adiposus der Transplantation derartig zu, so daß er den Eindruck einer Fettgeschwulst machte.

Über Fettbauchbildung am Handrücken. (Eine Ergänzung zu der vorstehenden Arbeit von J. Strandberg), von Erich Hoffmann-Bonn. Es handelt sich hier um einen ganz gleichen Fall, nur wurde hier das gewucherte Fettgewebe chirurgisch entfernt und der Defekt mit Thierschschen Läppchen gedeckt. Der Erfolg war gut und dauerhaft.

Oktober 1915, Heft 10.

Zur Frage von der Länge der serologischen Latenzperioden bei Syphilis, von Johann Almkvist-Stockholm. Entgegen der Ansicht von Scholz und Riebes, daß man durch eine 1—2jährige Beobachtungszeit entscheiden kann, ob eine Lues ausgeheilt ist, berichtet Almkvist über Fälle, bei welchen sich mehrjährige Perioden von vollkommener Symptomlosigkeit und absolutem Negativismus der WR fanden.

Über die Wirkung der gelben Quecksilberoxydsalbe im Konjunktivalsack bei gleichzeitiger innerer Darreichung von Jodkalium (Tierversuche), von Georg Daneff-Rustschuk. Kalomel und Jodkalium dürfen nicht gleichzeitig angewendet werden. Dagegen kann die gelbe Quecksilberoxydsalbe oder eine andere quecksilberhaltige Salbe im Konjunktivalsack neben Jodkalium mit gewisser Vorsicht appliziert werden. Bei

Digitized by Google

Verwendung von 1%iger gelber Salbe und gleichzeitigem Jodkaliumgebrauch kann man Schädigungen des Auges vermeiden. Stärkere Konzentrationen sind mit größter Vorsicht anzuwenden oder ganz zu verwerfen. Vor jedem Gebrauch der gelben Salbe hat man sich von der Feinheit der Quecksilberoxydverteilung mit der Lupe oder dem Mikroskop zu überzeugen, da man sich sonst schwere Schädigungen des Auges zuschulden kommen lassen kann.

Sarkoma cutaneum teleangiectaticum multiplex („Akrosarkoma" Kaposi) mit Knochenaffektion, von C. Rasch-Kopenhagen. Die Affektion begann vor drei Jahren auf beiden Handrücken. Mehrere der Elemente sind teils spontan, teils unter Arsen verschwunden, jedoch sind ständig neue nachgekommen. Dann wurden Unterarme und Füße befallen. Seit einem Vierteljahre entwickelte sich eine Destruktion des 3. Mittelfußknochens links, entsprechend dem Kapitulum. Das Glied zwischen Kapitulum und Phalanx 1. war ebenfalls zerstört, 2. und 3. Phalanx waren nur in Resten vorhanden.

Negativer Spirochätenbefund in einem syphilitischen Schanker, verursacht durch professionelle Quecksilberresorption, von Svend Lomholt-Kopenhagen. Es handelt sich um einen Uhrmacher, welcher mit dem Instandsetzen von elektrischen Zählern beschäftigt war, und welcher dabei häufig mit Hg in Berührung kam.

H. Vörner-Leipzig.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1915, Bd. 121, H. 3.

Über das urtikarielle Ekzem, von A. Neisser-Breslau. Die Affektion setzt plötzlich ohne Vorboten mit einer starken Schwellung ein, welche von sofortigem stromweisem Nässen gefolgt ist. Die Dauer ist verschieden lang; im günstigen Falle 8—10 Tage, kann sich aber durch Nachschübe auch länger hinziehen. In der Nachbarschaft der nässenden Stellen sieht man oft eine klein-papulovesikulöse Eruption als Vorstadium des Nässens. Oft zeigt nur das Gesicht diese Form, während an anderen Körperstellen reine Ekzeme in verschiedenen Typen sich vorfinden. Den Abschluß des Prozesses, der gewöhnlich von Jucken begleitet ist, bildet immer eine mehr oder weniger reichliche Desquamation. Die Lokalisation betrifft meist das Gesicht, aber auch die Kopfhaut und das Skrotum. In einigen Fällen rezidivierte das Leiden und zwar immer in gleicher Form. Die Pausen zwischen den einzelnen Nachschüben waren ungemein wechselnd und dauerten zum Teile jahrelang. Als Ursache kamen Resorptionstoxine ex ingestis, einmal auch Salvarsan in Betracht. Als Therapie eignet sich extern Trockenbehandlung, intern Atropin und Ergotin.

Über die Wirkung und Resorption der verschiedenen Quecksilberpräparate, von Döhring-Königsberg. Der Verfasser beschäftigt sich zunächst mit einer Prüfung des Kontraluesins und kommt zu dem Resultat, daß dasselbe nur in mäßigem Grade auf alle Formen der Lues einwirkt. Es beeinflußt die WR in vier Wochen nur mäßig, erzeugt keine Herxheimer-Reaktion, ist aber fast frei von Nebenwirkungen. Untersuchungen, welche vorgenommen wurden, um die Spirochaeta pallida in syphilitischen Effloreszenzen abzutöten, ergaben, daß man bei einer Anwendung von Hg salic. die geringste, bei einer solchen von Kontraluesin die größte Hg-Menge brauchte. Bezüglich der Resorptionsgeschwindigkeit steht das Hg. salic. an erster Stelle, nahe kommt ihm das Kontraluesin, langsamer wird das Kalomel aufgenommen, und noch mehr Zeit braucht Merzinol.

Zur Kenntnis des Naevus anaemicus „Vörner", von H. Vörner-Leipzig. Die Arbeit beschäftigt sich damit, die Stellung der Affektion als Gefäßnävus nach neuen Erfahrungen zu begründen.

Digitized by Google

Über die Epidermolysis bullosa hereditaria Köbner. (Klinische, histologische und pathogenetische Studien mit besonderer Berücksichtigung der milienartigen Gebilde und der elastischen Fasern), von Sakaguchi-Tokio. Von den bisherigen Fällen (179) wiesen mehr als die Hälfte eine hereditäre Belastung auf. Konsanquinität ergab sich in vier Fällen. Das Vorkommen bei Negern und Mongolen scheint ihre allgemeinere Verbreitung zu beweisen. Beide Geschlechter werden betroffen, das männliche häufiger als das weibliche. Die Affektion ist selten bereits bei der Geburt bemerkbar, am häufigsten in frühester Kindheit, seltener nach der Pubertät und im hohen Alter. Verschlimmerungen traten im Frühjahr, Sommer oder Herbst ein, mitunter in Begleitung von Hyperhidrose. Die Affektion ist in erster Linie durch das Entstehen der Blasen infolge mechanischer Reize charakterisiert. Andere, chemischer oder physikalischer Natur bleiben wirkungslos. Die Affektion ist mitunter über den ganzen Körper verbreitet, oft sind die Extremitäten bevorzugt, seltener Kopf und Gesicht, in einzelnen Fällen nur der Nacken, Hals, Rücken, die Streckseite der Extremitäten, der Unterschenkel, Fußrücken, die Hand- oder Fußfläche, einigemal auch die Schleimhaut. Bleibende Hautveränderungen, Atrophien, Narben, Pigmentierungen und Depigmentationen waren in allen Fällen mehr oder weniger ausgeprägt, daneben nicht selten milienartige Gebilde, Nageldystrophien und einmal Zahndeformationen. Bakteriologische Untersuchungen des Blaseninhaltes und damit angestellte Tierversuche waren stets ergebnislos. Blut- und Harnbefund ist normal. Der wichtigste histologische Befund an den Blasen ist ein Ödem in den oberen Kutisschichten, Emigration von zelligen Elementen, Gefäßdilatation und fast vollständiges Fehlen der durch das Ödem nach abwärts gedrängten elastischen Fasern in den oberen Schichten. Die milienartigen Gebilde entstehen durch Obstruktion der Follikelausgänge, namentlich der Schweißdrüsen. In einigen Fällen wird eine Besserung der Affektion mit zunehmendem Alter beobachtet. Interkurrente Krankheiten sind ohne Einfluß. Die Ursache der Blasenbildung läßt sich anatomisch nicht erweisen, so daß an eine funktionelle Minderwertigkeit zu denken ist. Therapeutisch ist bemerkenswert, daß Salvarsaninjektionen und Blutwaschungen vorübergehende Besserungen erzielen.

Über ein neues Jodpräparat „α-Joddihydroxypropan", von R. Lüders, Emmert und O. Better-Berlin. Das Präparat ist nicht bloß per os (0,2—0,7 g pro dosi), sondern vor allem auch leicht und mit prompter Wirkung zu injizieren. Sowohl diese als die perkutane Methode der Applikation in Form einer 10%igen Salbe ergeben eine rasche und ausgiebige Resorption des Mittels. Aus den klinischen Versuchen geht die bewährte Heilkraft des Jodes gegen die tertiäre Lues wieder hervor. Subjektiv haben die Patienten bei der Einreibung über Brennen und bei den subkutanen Injektionen über Schmerzhaftigkeit an den Applikationsstellen zu klagen, während die intramuskulären Injektionen fast schmerzlos sind. Für die Fälle mit manifesten Symptomen tägliche Injektionen mit 1 ccm gleich 1 g, steigt eventuell auf die doppelte Menge, um nach einsetzender Rückbildung weniger häufig zu injizieren. Das letztere Verhalten gilt auch für latente Lues.

Über die Tschernogubowsche Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von Ernst Nathan-Frankfurt a. M. Von einer Verwendung der Tschernogubowschen Methode allein ohne Kontrolle mittels der Wassermannschen Reaktion rät der Verfasser auf Grund seiner Resultate dringend ab.

Über Kerion Celsi, verursacht durch Microsporon Audouini, nebst Bemerkungen über die in Hamburg vorkommenden Mikrosporon- und Trichophytonarten, von F. Lewandowsky-Hamburg. Im Gegensatz zur Beobachtung von Sabouraud, daß Mikrosporon nie Kerion erzeuge, macht Verfasser die Erfahrung, daß dieser Pilz ziemlich häufig in Hamburg die tumorartige Form der Trichophytie erzeugt. Die häufigsten Erreger von Dermatomykosen sind in Hamburg: das Trichophyton cerebriforme, das

Digitized by Google

Epidermophyton inquinale und das Microsporon Audouini. Seltener sind Trichophyton gypseum, faviforme und das Achorion Quinckeanum. Bei zugewanderten Patienten finden sich Trichophytum violaceum, rosaceum, vinosum und das Achorium Schönleinii.

H. Vörner-Leipzig.

Dermatologisches Zentralblatt.

1915, Nr. 11 und 12.

Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform, von Dr. Hans Lieske-Leipzig. Erörterungen über Fassungen der in Betracht kommenden gesetzlichen Verordnungen, ihre Durchführbarkeit und Bedeutung. Verfasser kommt, wie auch andere, bezüglich seines Wunsches, einen vom Gesetz betriebenen Kampf gegen die gewissenlosen Verbreiter der Geschlechtskrankheiten verwirklicht zu sehen, zu einem negativen Endergebnis. H. Vörner-Leipzig.

The British Journal of Dermatology.

August 1915.

1. Mycetoma pedis, von H. C. Semon. Verfasser geht etwas näher auf den in der Mai-Sitzung der Royal Society vorgestellten indischen Soldaten ein. Das klinische Bild ist typisch: der rechte Fuß ist verdickt, die Haut dunkel verfärbt; es finden sich üppige Granulationen, zwischen denen Perforationsstellen liegen, aus denen sich Eiter mit den charakteristischen schwarzen Körnchen entleert. Bei mikroskopischer Betrachtung der Körnchen findet man im Zentrum eine dichte, schwarz pigmentierte Myzelmasse; das Pigment wird durch chemische Reagentien nicht beeinflußt. An dieses Zentrum schließen sich peripherwärts radiär verlaufende, verzweigte feine Myzelfäden. In der Kultur bildet sich in den frühen Stadien ein schwarzes Zentrum mit gelber oder weißer Peripherie; innerhalb von zehn Tagen breitet sich die Schwarzfärbung auch auf die Peripherie aus. Die Kultur wird bald pleomorph und verliert ihre Charakteristika.

Die Versuche, durch Injektion von filtrierten Kulturen eine lokale oder allgemeine Reaktion hervorzurufen, blieben negativ. Bemerkenswert war eine Reaktion auf Jodkalium. Dessen Verabreichung war sofort von einer Temperatursteigerung, von stärkerer Elevation der Granulationen, Rötung, Hitze der Umgebung, stärkerer Sekretion und stärkeren Schmerzen gefolgt. Diese Erscheinungen schwanden sofort bei Aussetzung des Mittels, um bei neuerlicher Verabreichung wieder zu erscheinen. Besserung wurde dadurch nicht erzielt. Auch Röntgenstrahlen können nur die Granulationen abflachen, ohne Heilung zu bringen. Die einzige Möglichkeit bleibt die Amputation, die der Kranke aber verweigert.

Histologisch findet sich das Bild eines Granuloms: Polynukleäre, Plasmazellen, junge Bindegewebszellen, Hypertrophie der Gefäße.

2. Zwei Fälle von Schweißdrüsentumoren, von W. H. Alderton und H. M. Turnbull. 1. Schweißdrüsennävus. Der 67jährige Mann hat seit Geburt ein Mal an der rechten Wange, das seit einem Jahre erhabener wurde und seit zwei Monaten rapid wuchs. Es fand sich ein brauner, flacher, gelappter Tumor vor dem rechten Ohre; er war hart, etwas schmerzhaft und entleerte etwas Eiter. Der Knoten wurde exzidiert, die Wunde mit Röntgenstrahlen belichtet, worauf rasche Heilung eintrat. Mikroskopisch fand sich ein entzündetes Papillom; dieses wies einen intrapapillären Spalt auf, der gebildet war von einem verlängertem und dilatierten Schweißdrüsengang; von diesem zogen mehrere Gänge zu den Schweißdrüsen in der daruntergelegenen Kutis.

2. Melanokarzinom der Schweißdrüsen. Der 32jährige Mann bemerkte vor 18 Monaten eine kleine, flache, braune Warze am rechten Handgelenk; als sie

Digitized by Google

größer und schmerzhaft wurde, behandelte er sie mit Jodtinktur, wodurch er den Zustand verschlimmerte. In einer Ambulanz wurde er dann mit Pflastern und Röntgenstrahlen behandelt; es trat Besserung ein, aber als Patient die Arbeit wieder aufnahm, wurde der Knoten größer, blutete leicht. Bei der Aufnahme fand sich auf der Vorderseite des rechten Handgelenks eine schillinggroße, erhabene, rote Schwellung, mit rauher, ulzerierter, eiterabsondernder Oberfläche. In der Achselhöhle eine traubengroße, harte, empfindliche Drüse. Der Tumor wurde exzidiert, die Basis bestrahlt. Die Drüse in der Achsel ging anfangs zurück, aber nach drei Wochen fand sich eine faustgroße, derbe, fixierte Masse. Eine Operation war nicht möglich, der Kranke starb. Mikroskopisch fand sich ein Karzinom, das am ehesten einem Basalzellenkarzinom ähnlich sah; doch unterschied es sich von dessen charakteristischer Form durch die verschiedene Form und Größe der Zellen und ihrer Kerne, sowie durch die ausgesprochene Neigung zu diffuser Infiltration. Letzterer Umstand spricht für große Malignität. Der Charakter der Zellen und ihre Anordnung in Strängen und Schläuchen läßt die Annahme zu, daß der Krebs von den Schweißdrüsenzellen seinen Ursprung nahm, obwohl er nicht den typischen Schweißdrüsenkarzinomen entspricht. In einer Partie der Geschwulst fand sich eine große Gruppe von Zellen, die Melanin enthielten. Das Pigment gab keine Eisenreaktion. R. Frühwald-Leipzig.

Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.

April 1915.

1. Resultate der Inokulation frischer Gewebe, homogener und heterogener, normaler und syphilitischer, auf Meerschweinchen, von Roberto Campana. Verfasser hat Partikelchen von Meerschweinchenorganen, sowie von syphilitischen Produkten auf Meerschweinchen subkutan verimpft. Die Inokulationen mit Syphilisvirus gingen nicht an. Dagegen hat Verfasser bei Tieren, denen subkutanes Gewebe oder Hodengewebe eingeimpft worden war, entsprechend den Lymphdrüsen im subkutanen Gewebe sowie im Peritoneum Knötchen gefunden. Die geschwollenen Drüsen enthielten intakte Stücke des verimpften Gewebes; ferner fanden sich endovasale und perivasale granulomatöse Wucherungen. In der Lunge fanden sich hämorrhagische Infiltration und ebenfalls Wucherungserscheinungen.

2. Syphilis des Herzens und der Lunge in den verschiedenen Stadien (erworbene und ererbte Syphilis), von Roberto Campana. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. Ausgedehnte epitheliomatoide Zerstörung der Haut der rechten Gesichtshälfte durch Endophlebitis obliterans und Neuritis des zweiten Trigeminusastes, von Paolo Stringher. Bei der Patientin traten vor zwölf Jahren an der rechten Wange eitrige Bläschen auf, die nach ihrer Entleerung stets wiederkamen. Sie wurde mit Radium behandelt, doch mußte sie die Kur plötzlich unterbrechen. In der Zwischenzeit behandelte sich die Kranke selbst durch Auflegen von Blättern, doch schritt der Prozeß weiter, und es trat Zerfall ein. Es fand sich bei ihr eine Zerstörung der rechten Wange, des Nasenloches und -septums, der Oberlippe und eines Teiles der Unterlippe. Der Destruktionsprozeß hat so tief gegriffen, daß die Mundhöhle eröffnet ist. Der Rand der Wunde trägt Granulationen, teils mit Eiter belegt.

4. Lupus nodularis im Gesicht, verrucosus et elefantiasticus am linken Beine und Fuße, von Vincenzo Trombatore. Das Leiden befiel vor 14 Jahren das Gesicht und verbreitete sich später auf die Beine. Die Haut des Gesichtes und des Ohres ist geschwollen, dunkelrot verfärbt, gespannt, glänzend, zeigt unregelmäßig-rundliche mit Krusten bedeckte Ulzerationen dazwischen Narben und schuppende Stellen. Die Nase ist durch Zerstörung des Septums eingesunken. Die Lippen sind geschwollen,

Digitized by Google

gerötet, schuppend, die übrige Mundschleimhaut ist normal. Auf der Außen- und Hinterseite des rechten Oberschenkels ein großer, livider, narbiger Herd, an dessen Peripherie sich stark elevierte, mit Krusten bedeckte, scheibenförmige Krankheitsherde befinden. Am rechten Unterschenkel kleine, runde, krustöse Herde. Der linke Unterschenkel ist geschwollen, gerötet, gespannt, mit Krusten bedeckt. Der linke Fuß ist fast in ganzer Ausdehnung von Herden mit höckriger, unregelmäßig vegetierender Oberfläche bedeckt. Diese konfluieren, so daß sich eine wuchernde, normal epithelisierte, nur stellenweise von eitrigen Erosionen unterbrochene Fläche darbietet.

5. Nephritis interstitialis et parenchymatosa bei Erbsyphilis, von L. Mochi. Die Kranke leidet seit fünf Jahren an Schwellung der Unterschenkel. Die Knochen der Unterschenkel und der Füße, besonders links, sind verdickt, die Gelenkbänder erschlafft. Die Haut ist verdickt, induriert, zyanotisch; sie zeigt linsengroße, rote, mit Schuppen und Krusten bedeckte Flecke und Knötchen. Am übrigen Körper blaßrote, nicht ganz auf Druck abblassende Flecke. Im Urin fand sich 1% Eiweiß, im Zentrifugat weiße und einige rote Blutkörperchen. Durch Quecksilberbehandlung Heilung der Nephritis in 20 Tagen. R. Frühwald-Leipzig.

Bücherbesprechungen.

Die Beziehungen der Lepra zur Tuberkulose, von Georg Deycke-Lübeck in Handbuch der Tuberkulose von Brauer, Schröder und Blumenfeld. (Leipzig 1915, Joh. Ambros. Barth.) D. gibt in zusammenhängender kritischer Darstellung eine Gesamtübersicht der Frage. Wesentlich Neues enthält die Arbeit naturgemäß nicht. Es ist erklärlich, daß des Verfassers eigene Forschungen, insbesondere die Nastinfrage, ausführlich dargestellt sind. Daneben kommen aber auch die anderen Anschauungen zum Wort, so daß aus dem Referat der heutige wissenschaftliche Standpunkt bezüglich der Frage der Beziehungen der Lepra zur Tuberkulose klar ersichtlich hervortritt.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Kosmetik, von E. Saalfeld. 4. Auflage. (Julius Springer, Berlin.) Saalfelds Kosmetik ist in vierter, vermehrter und verbesserter Auflage erschienen. Den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend sind eine Reihe neuerer kosmetischer Verfahren aufgenommen worden. Durch Fortlassen einiger praktisch weniger wichtiger Methoden war es trotzdem möglich, den Umfang des Buches nicht wesentlich zu vergrößern, so daß es sein Äußeres als „Leitfaden" nicht aufgegeben hat. Dem praktischen Arzte wird die „Kosmetik" auch in dieser Auflage eine willkommene Stütze sein; aber auch der Arzt von Fach vermag manche Anregung und Ergänzung seines therapeutischen Könnens aus dem Buche zu gewinnen. O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Pericholangitis gummosa und Pneumonia syphilitica bei einem fast zweijährigen Kinde, von Dutsch. (Virch. Arch., Bd. 219, H. 2) In den meisten Beobachtungen über kongenitale Lungensyphilis handelte es sich um totgeborene oder bald nach der Geburt verstorbene Kinder; nur wenige hatten mehrere Monate gelebt. D. berichtet über einen Fall, in dem ein Alter von 22 Monaten erreicht wurde. In den Lungen

Digitized by Google

handelte es sich hauptsächlich um interstitielle Veränderungen. An den Alveolen fand sich vielfach hohes Epithel und kleines Lumen. In der Leber fanden sich sowohl Veränderungen der Glissonschen Bindegewebszüge als auch des Parenchyms; bei jenen bestand eine gummös-schwielige Erkrankung der Gallengangswandungen und ihrer Umgebung, bei diesen eine Stauungsatrophie im Zentrum der Leberläppchen.

E. Brinitzer-Altona.

Ein Fall von Lungensyphilis, welcher einer Lungentuberkulose täuschend ähnlich war, von G. D. Calver-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 4.) Ein 37jähriger Mann, der 16 Jahre vor der Aufnahme sich luetisch infiziert hatte, aber anscheinend genügend behandelt worden war, kam mit einem seit sieben Monaten bestehenden Husten, katarrhalischen Erscheinungen an beiden Lungenspitzen und sonstigen Zeichen der Tuberkulose zur Behandlung. Es fanden sich syphilitische Prozesse an der Zunge, Gummabildungen und mehrere syphilitische Narben der Haut. Eine energische antisyphilitische Therapie mit Neosalvarsan, Hg und Jodkalium bewirkte prompte Beseitigung aller auf Tuberkulose hindeutenden Symptome, wenn auch die Syphilis als solche noch nicht als definitiv geheilt zu betrachten ist. A. Philippi-Salzschlirf.

Die syphilitischen Erkrankungen der Bauch- und der Zirkulationsorgane (besonders der Leber und Aorta) und ihr Einfluß auf die Felddienstfähigkeit, von G. Hoppe-Seyler-Kiel. (M. Kl., 1914, Nr. 48.) Von den chronischen Infektionskrankheiten bewirken besonders Syphilis und Tuberkulose schwere Veränderungen an den inneren Organen, welche die Felddienstfähigkeit herabsetzen; während aber die von der Tuberkulose bedingten Organschädigungen meist die Lungen betreffen, können von der Syphilis alle Organe in Mitleidenschaft gezogen werden. In der vorliegenden Arbeit sieht der Verfasser von syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ab und beginnt mit einer Besprechung der Lebersyphilis; hier ist das klinische Bild außerordentlich vielgestaltig und differential-diagnostisch oft sehr schwierig, so daß die spezifische Therapie sehr häufig erst spät eingeleitet wird. Der in vielen Fällen schon im zweiten Stadium auftretende Ikterus kann sehr harmlos sein und — bisweilen sogar ohne Therapie — gutartig und schnell verschwinden, ähnlich wie ein einfacher Ikterus catarrhalis; es kann aber bei längerer Dauer sich das Bild einer hypertrophischen Leberzirrhose entwickeln und gelegentlich auch das einer Perihepatitis mit sehr schmerzhaften Gallensteinkoliken, so daß operative Eingriffe notwendig werden. Wenn die Bindegewebsneubildungen in der Leber, zu denen die Syphilis mit Vorliebe führt, sich nicht nur in der Umgebung der Gallengänge entwickeln (cholangische Leberzirrhose), sondern zellreiches Bindegewebe sich ganz diffus zwischen den Leberzellenbalken ausbildet, so kommt eine hypertrophische Zirrhose oft ohne Ikterus zustande, zu der sich eventuell bedeutende Milzschwellung und auch Anämie gesellen und die das Bild der Pseudoleukämie bieten kann. Besteht neben indurierter etwas verkleinerter und höckriger Leber noch Milztumor, Aszites und Anämie, d. h. der Bantische Symptomenkomplex, so ist auch häufig die Syphilis als ätiologisches Moment aufzufassen und durch spezifische Behandlung Besserung zu erzielen; auch die typische Laënnecsche Zirrhose kommt bei Syphilis vor, ebenso wie indurierte Fettleber mit körniger Oberfläche, wenn auch besonders bei Fällen ersterer Art wohl der Alkoholismus mit wirken mag. Höchst bizarre Formen bietet die gelappte Leber, bei der das Lebergewebe durch tiefe Narbenzüge, die aus geschrumpftem, gummösem Gewebe bestehen, eingekerbt und in Lappen zerlegt wird; massenhafte Entwicklung von Gummata der Leber führt zur rapiden Vergrößerung, und die Differentialdiagnose mit malignen Tumoren kann oft nur durch die Laparotomie und Probeexzision gestellt werden. Ähnlich können peritoneale Verwachsungen infolge syphilitischer Perihepatitis zur Verwechslung mit Karzinom führen. Endlich kennen

Digitized by Google

wir Fälle von Pylephlebitis und Peripylephlebitis auf syphilitischer Grundlage, die zu Stauung im Pfortadersystem mit Aszites und meist kleiner, weicher Leber führen. Begünstigt wird das Entstehen dieser vielgestaltigen Lebererkrankungen auf syphilitischer Grundlage und ungünstig beeinflußt durch andere Schädlichkeiten wie: Infektionen (Kolibazillen), Intoxikationen (Alkohol), unzweckmäßige Nahrung (Magen-Darmkatarrh) und durch die Aufnahme von Zersetzungs- und Fäulnisprodukten aus dem Darm (besonders infolge Ernährung mit rohen oder schlecht gekochten Vegetabilien, verdorbenen Fleischspeisen) und durch unregelmäßige Zufuhr von Nahrung, d. h. den Wechsel von Überfluß und Mangel an Speisen und Getränken. Diese prädisponierenden und zu einer Verschlimmerung führenden Momente kommen im Felde besonders oft vor, doch hat der Verfasser die Überzeugung, daß bei rechtzeitigem Erkennen der Natur der Krankheit und dementsprechend eingerichteten, diätetischen und therapeutischen Maßnahmen den Soldaten die volle Leistungsfähigkeit erhalten, respektiv wiedergegeben werden kann. Er empfiehlt steigende Dosen von Jodkalium (dreimal täglich 0,5—2,0 g) und energische Hg-Therapie. Mit Salvarsan muß man bei Fällen mit Fieber und Ikterus vorsichtig sein, sonst werden Dosen von 0,2 Salvarsan intravenös einmal wöchentlich gut vertragen und haben oft sehr gute Erfolge; natürlich muß die Diät ebenfalls geregelt werden. Syphilitische Pankreaserkrankungen führen zum Diabetes mellitus; derselbe kann aber bei rechtzeitig eingeleiteter spezifischer Therapie geheilt werden; je nach dem Umfange der Zerstörung kommen von der alimentären Glykosurie bis zum schweren Diabetes alle Stadien vor. Ähnlich wie beim Pankreas liegen die Verhältnisse bei den Nieren; auch hier hängt die Schwere der Erkrankung von dem Umfange der Schädigungen ab, welche das Organ betroffen haben, und ebenso auch die Aussicht auf Besserungen respektive Heilungen. Nach Meinung des Verfassers setzen syphilitische Erkrankungen der Nieren oder des Pankreas die Dienstfähigkeit wesentlich herab, außer wenn es gelingen sollte, durch sehr rechtzeitig eingeleitete Therapie Heilung zu erzielen. Noch weniger günstig sind die Chancen für Dienstfähigkeit bei syphilitischen Erkrankungen des Gefäßsystems; hier müssen neben den Arzneimitteln — unter denen Salvarsan nur mit größter Vorsicht zu verwenden ist — und neben der Alkohol- und Nikotinabstinenz auch meist alle anstrengenden, körperlichen Bewegungen: Laufen, Springen und andere vermieden werden, was mit dem Dienst unvereinbar ist. Dabei ist es im wesentlichen gleichgültig, ob die Erkrankung die Koronararterien betroffen hat, ob es eine Myokarditis oder eine Mesaortitis oder Aneurysmabildung ist. Es muß aber die Betrachtung der unendlich vielen Schädigungen, welche durch die Syphilis an den inneren Organen hervorgerufen werden können, ein neuer Ansporn sein, die Seuche von Anfang an mit aller Energie zu behandeln, um prophylaktisch für die späteren Jahre zu wirken.

O. Lasch-Breslau.

Herzsyphilis; Bericht über einen einschlägigen Fall, von G. R. Callender-Fort Bayard. (Am. J. m. Sc., November 1914.) Verfasser gibt im Abriß die Krankengeschichte und den Sektionsbefund bei einem unter den Erscheinungen der Lungentuberkulose, Herzbeschwerden, Venenthrombose und chronischer Nephritis zugrunde gegangenen Kranken, wobei als direkte Todesursache Lungenembolie und ein hämorrhagischer Lungeninfarkt zu konstatieren waren. Die mikroskopische Untersuchung der Herzmuskulatur ergab im allgemeinen die von anderen Autoren berichteten Veränderungen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über syphilitische Myokarditis, von Rosenfeld. (D. m. W., 1914, Nr. 21.) R. bespricht an der Hand eines selbst beobachteten Falles von akutem Herztod, der zur Sektion kam, die verschiedenen Veränderungen, die durch Syphilis am Herzmuskel gesetzt werden können und hauptsächlich zu Myocarditis fibrosa oder gummosa führen.

Digitized by Google

Die Diagnose einer syphilitischen Herzerkrankung, deren Anzeichen äußerst vielgestaltig sein können, ist schwer zu stellen, muß jedoch bei sonst vorhandenen Beweisen einer Infektion (WR!) stets in Erwägung gezogen werden, da eine vorbeugende Behandlung (Salvarsan nur mit großer Vorsicht!) von großer Bedeutung für eine Heilung und auch zur Sicherung der Diagnose werden kann. S. Levy-Hamburg.

Gummöse Herzsyphilis. Ein kasuistischer Bericht, von Francis Harbitz. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben, 1914, Nr. 11.) Ein 38jähriger Mann, der sich mit 23 Jahren mit Syphilis infizierte, erkrankte ziemlich plötzlich und starb nach viertägiger Krankheit bei zunehmender Dyspnoë und Zyanose und beschleunigtem Puls. Bei der Obduktion fand man ein vergrößertes Herz, unter anderem ein größeres Infiltrat an der Vorderseite des Herzens und besonders längs der Aorta und Vena cava superior, sowie eine totale Obliteration der Vena cava superior im Umfang von etwa 1 cm. — Vena azygos, hemiazygos, anonyma und jugularis interna waren stark erweitert und zwar ganz besonders die Vena azygos gerade an ihrer Einmündung in die Vena cava superior, wo auch in der Wand einige kleine, gelblichweiße Infiltrate vorhanden waren. Schließlich befand sich an der Rückseite des linken oberen Lungenlappens in der Pleura und etwas über das Lungengewebe hin etwa in der Größe eines Zweimarkstücks ein gelbliches Infiltrat desselben Aussehens und Baues wie die Knoten im Herzen zeigten. — Mikroskopisch fand man die charakteristische Struktur syphilitischen Granulationsgewebes mit Nekrosen und zudem einzelne Riesenzellen (Gummata), — teilweise sehr Tuberkulose ähnelnd; daneben auch in ausgesprochener Weise eine luetische Endarteriitis in den kleinen Zweigen der Arteria coronaria cordis. Der Verfasser hebt die Seltenheit einer echten gummösen Myokarditis hervor; am Institut ist früher ein etwas unsicherer Fall von Hj. Heiberg beschrieben worden (1873); dagegen hat E. Winge schon 1863 genau den Fall einer Reihe von Gummata in dem Myokardium eines 39jährigen Mannes beschrieben, der 15 Jahre früher Syphilis bekommen hatte. Ferner wird die Ähnlichkeit zwischen dem syphilitischen und dem tuberkulösen Granulationsgewebe hervorgehoben, während doch gleichzeitig auf die Verschiedenartigkeit in Einzelheiten und dem ganzen Bau hingewiesen wird, wodurch man — unter Berücksichtigung aller Umstände und falls die Untersuchungen von erfahrenen Leuten vorgenommen werden — stets in der Lage sein wird, gerade aus dem mikroskopischen Befund Nutzen zu ziehen und oft durch denselben die Entscheidungen in der Diagnose zu treffen.

W. Holland-Kristiania.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Sommerhautkrankheiten im Felde, von Edmund Saalfeld-Berlin. (M. Kl., 1915, Nr. 28.) Saalfeld gibt einige praktische Winke für die Behandlung von Dermatosen, die besonders im Sommer auftreten und durch die von ihnen hervorgerufenen lästigen, subjektiven Erscheinungen (Juckgefühl, usw.) geeignet sind, die Felddienstfähigkeit der Truppen ungünstig zu beeinflussen. In erster Reihe nennt er die Dermatitis solaris, die bei besonders empfindlichen Individuen durch Blasenbildung auf der unbedeckten Haut oder Ödeme der Augenlider usw. sehr störend auf das Allgemeinbefinden der Befallenen wirken kann; er empfiehlt prophylaktisch Einreibungen mit 5% Chininsalbe (Chinin. bisulf., Terra di Siena aa 2,5, Zinkmattan ad 50,0). Zum Schutze der Hände dienen Handschuh von brauner Farbe, welche die violetten und ultravioletten Strahlen nicht durchlassen. Eine zweite Gruppe von Erkrankungen wird durch über-

Digitized by Google

mäßiges Schwitzen hervorgerufen. Über den „Schweißfuß“ geht Saalfeld wegen der bereits darüber existierenden großen Literatur hinweg. Sonstige Prädilektionsstellen, an denen die Hyperhidrosis zu lästigen Erscheinungen führen kann, sind die Inguinal-, Femoral- und Analgegend und die Achselhöhlen; hier kommt es oft zu einer juckenden Dermatitis und infolge der Kratzeffekte zur Furunkelbildung. Prophylaktisch: Einreibungen mit Essigwasser (1 : 2), schwachen Formalinlösungen (2% in schwachen alkoholischen Lösungen), Einpudern mit 10% Tannoform (formalinhaltige Puder reizen oft die Luftwege und die Augen), oder Einfetten mit Vestosal (einer 2% Formalinsalbe). Ist trotz solcher Maßnahmen eine Hautentzündung eingetreten, so müssen die entzündeten Stellen mit Öl oder essigsaurer Tonerde oder Bleiwasser (nicht Wasser und Seife) gereinigt und dann gepudert werden (acid. boric. pulv., Magnes. carbon. āā 10,0; Talc. venet. ad 100,0.) Da eine rationelle Hautpflege mit Bädern usw. im Felde — selbst im Stellungskriege — wohl ein frommer Wunsch bleiben wird, und die Infektionsmöglichkeiten (speziell mit Staphylokokken) ungeheuer zahlreich sind, so ist das Entstehen von furunkulösen und impetiginösen Prozessen kaum zu vermeiden. Für die Furunkelbehandlung empfiehlt Saalfeld folgendes: Eröffnen des Furunkels mittels eines feinen Brenners (Galvano- oder Thermokautor nach Unna). Dann Hineinspritzen in die Öffnung von 2—5 Teilstrichen einer Pravazspritze in das Zentrum mit Chlumskyscher Lösung (Camphor 2, acid. carbolic. cristall. 1), was besonders das Spannungsgefühl herabsetzt; dann mit dem Bierschen Saugglas saugen, wobei die Umgebung durch Alkohol oder heißes Wasser mit grüner Seife vor dem sich entleerenden Eiter geschützt wird. Als Verbandsalbe und auch als Prophylaktikum gegen die Weiterverbreitung hat sich die Wassermannsche Histopinsalbe bewährt. Bei ausgedehnter und hartnäckiger Furunkulose Hefe- oder Vakzinebehandlung (Obsonogen). Oberlippenfurunkel gehören sofort ins Lazarett. Eine weitere Gelegenheit zur Entstehung von Furunkeln bilden die durch juckende Dermatosen — Skabies, Pedikulosis — hervorgerufenen Kratzeffekte, ebenso wie aufgekratzte durch Insektenstiche hervorgerufene Quaddeln. Hier ist die Prophylaxe noch wesentlich schwerer; es kommen in Frage gegen die Insekten: Rauchen, Räucherkerzchen und Moskitonetze. Gegen den Juckreiz haben sich empirisch Nelkenöl, Salmiakgeist und Menthol bewährt. Für letzteres in Form von Pudern, Salben und Ölen gibt Saalfeld eine Anzahl von Verordnungen. Ist eine solche Dermatitis auch an sich kein schweres Leiden, so kann sie doch durch die starken, subjektiven Beschwerden, besonders gestörten Schlaf, zu einer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens führen.

O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Hr. Priv.-Doz. Dr. E. Klausner-Prag macht zum Nachtrage des Hrn. Dr. Knack „Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen“ (Derm. Wochenschr., Nr. 46) noch folgende Bemerkung: „Auch Knacks Fall II ist eine Röntgenalopezie, denn laut Originalarbeit (Nr. 34, S. 813) wurde am 5. V. die Röntgenaufnahme gemacht, und am 25. V. bemerkte der Kranke, daß ihm auf der linken Kopfseite die Haare ausfielen. Dii bene non vertent.“

Das stellv. Generalkommando des II. Armeekorps (Stettin) hat folgende Verordnung erlassen: „1. Nichtärzte, welche geschlechtskranke Personen behandeln, werden mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft. 2. Jede Person, die geschlechtskrank ist und sich trotzdem dem außerehelichen Geschlechtsverkehre hingibt, obwohl sie weiß, daß sie ge-

Digitized by Google

schlechtskrank ist, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft. 3. Jede Person, die sich als geschlechtskrank erweist, hat zu dulden, daß sie in einem öffentlichen Krankenhause untergebracht wird." Noch weitergehende Anordnungen zur Bekämpfung der Medikasterei im allgemeinen sind von den Generalkommandos des XXI. (Saarbrücken) und des XVI. Armeekorps (Metz) erlassen worden. Sie untersagen die öffentliche Ankündigung und Anpreisung sämtlicher Heil-, Vorbeugungs- und Kräftigungsmittel, ohne daß es dabei auf die Form des Inserats oder die Art des Mittels ankäme. Nur Ankündigungen in ärztlichen und pharmazeutischen Blättern sind ausgenommen.

Die Annales des Maladies Vénériennes haben aus ihrer Mitarbeiterliste die Namen Finger, Jadassohn, Lesser, Neisser und Riehl gestrichen; dafür sind einige Fachvertreter aus neutralen Ländern romanischer Zunge neu hinzugekommen.

In Minneapolis, Minn. wurde eine Dermatologische Gesellschaft (Minnesota Dermatological Society) begründet, welche ihre Sitzungen dortselbst und in St. Paul, Minn. abhalten wird.

Nach einer von Prof. William A. Pusey in Chicago vor der dortigen medizinischen Gesellschaft gemachten Mitteilung befinden sich zurzeit etwa 500 Leprakranke in den Vereinigten Staaten von Nordamerika; davon entfallen 275 auf Louisiana, 100 auf New York, 50 auf die Grenzgebiete gegen Mexiko und 5 auf Chicago.

Dr. French S. Cary wurde zum Assistant Professor der Urologie am College of Medicine der University of Illinois in Urbana, Ill. ernannt.

Prof. agrégé Gougerot in Paris hat für seine dermatologischen Arbeiten den Prix Roussilhe im Betrage von 10000 fr. von der Académie de Médecine erhalten.

Prof. Karl Adrian-Straßburg, Chefarzt des Festungslazaretts III in Straßburg, erhielt den Charakter als Oberstabsarzt.

Prof. Georg Arndt-Berlin steht bei einer Kriegslazarettabteilung im Osten im Felde.

Priv.-Doz. Dr. Franz von Veress-Klausenburg ist als Regimentsarzt in einem mobilen Reservespital tätig.

Priv.-Doz. Dr. Leopold Arzt-Wien fungiert als Leiter des bakteriologischen Feldlaboratoriums der Hilfsexpedition des Österr.-Ungar. Roten Kreuzes für Bulgarien.

Prof. Karl Bruck, leitender Arzt der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses in Altona, hat das Eiserne Kreuz II. Klasse erhalten.

Der Urologe Geh. San.-Rat Prof. Wolrad Marc in Bad Wildungen ist gestorben.

Dr. Georg Grübler, der ideenreiche Begründer der Leipziger Farbstoffirma, ist in Dresden gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

18. Dezember 1915 | Nr. 51 | Band 61

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Über Lupus follicularis disseminatus.

Von

Prof. Dr. G. Nobl.

(Mit 3 Abbildungen.)

Über die erste, mir untergekommene Beobachtung jener eigenartigen Knötchenaussaat, für welche die klinischen und geweblichen Wesenszüge des „disseminated follicular Lupus" (T. Fox) restlos zutrafen, habe ich in der Festschrift Kaposi (1900) berichtet. Zu jener Zeit war das von Fox (1878) in den Hauptmerkmalen festgehaltene Krankheitsbild nur in sehr vereinzelten Notizen zu weiterer Kenntnis gelangt und drohte demselben überdies bei dem neu angefachten Interesse für die in den Vordergrund gestellte Gruppe der Tuberkulide teils eine Auflösung der klinischen Umgrenzung, teils eine bedenkliche Verschiebung der ätiologischen Deutung. In der Tat hat sich in der Folge gezeigt, daß namentlich die von Barthélemy definierte Aknitis und manche Formen der akneiformen Tuberkulide reichlich das ihrige beitrugen, um den Rahmen des Lupus miliaris disseminatus faciei ungebührlich zu erweitern und andererseits der Klasse der Tuberkulide Eruptionen zuzuweisen, welche bei genauerer Betrachtung, nach Lokalisation und Struktur der knötchenförmigen, tuberkulösen Gesichtsaussaat angehören.

In der angeführten Studie über die „Klinik und Histologie seltener Formen der Hauttuberkulose" habe ich gleichwie für eine größere Reihe disseminierter, den Körper übersäender Ausbrüche, auch für den Typus der Foxschen Krankheit die bazilläre Abstammung vertreten und diese Annahme mit hinreichenden Anhaltspunkten belegt. Daß die klinisch und anatomisch genauer bestimmte und überdies noch in einer gesonderten Überschrift betonte Beobachtung späterhin keinerlei Beachtung fand und nicht einmal in den zusammenfassenden Übersichten angeführt erscheint, finde ich nur zu begreiflich. War doch die Mitteilung an der der Vergessenheit geweihten Stätte einer Festschrift vor jeder Nachforschung sicher geborgen.

Digitized by Google

Eine kurze Notiz in den Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft berücksichtigt dann einen zweiten von mir verfolgten, durch den Verbreitungsmodus eigenartigen Fall der miliären Aussaat, deren Trägerin ich im Jahre 1905 (7. Juni) zu demonstrieren Gelegenheit fand. Die längere Beobachtung und genaue klinische wie experimentelle Untersuchung einer besonders prägnanten, dem klassischen Bild in allen Einzelheiten entsprechenden Form des immerhin noch selteneren Krankheitsprozesses gibt mir die Veranlassung, auch auf diese ältere Kasuistik zurückzukommen.

1. Im ersten Falle handelte es sich um eine 35jährige Frau, die wegen eines seit anderthalb Jahren bestehenden Gesichtsausschlages die Abteilung aufsuchte, nachdem verschiedene Heilversuche die entstellenden Effloreszenzen nicht zu beseitigen vermochten. Die anfangs ausschließlich an der Stirn sitzenden, über hanfkorngroßen Knötchen sollen allmählich bis Erbsengröße gediehen sein und in unregelmäßiger Ausstreuung auf weiter Stirn- und Gesichtspartien ohne nennenswerte Begleiterscheinungen schubweise übergegriffen haben. Eitrige Einschmelzung, Zerfall oder Krustenbildung soll nie eingetreten sein. Spirituöse Einreibungen bewirkten nur vorübergehende Abschilferung der Knötchenkuppen.

Die bei flüchtiger Betrachtung akneähnliche Aussaat setzte sich aus unregelmäßig und nicht zu dicht eingestreuten, schrotkorn- bis erbsengroßen bräunlichgelben und braunroten, deutlich vorspringenden, dem Ansehen nach derb erscheinenden Knötchen zusammen und hatten in dichtesten Schüben an der Stirn, an der Haargrenze und am Nasenrücken ihren Standort. Mehr zerstreut breiteten sie sich auf die angrenzenden Schläfen und Wangenteile aus. Die stets einzeln und in anscheinend völlig normale Umgebung eingelassenen Knötchen fühlten sich weich an und waren teils von einer völlig glatten, glänzenden, dünnen, mit einer Sonde leicht durchtrennbaren Epitheldecke überkleidet; teils wiesen sie im fokalen Anteil einen festhaftenden Schuppenbelag auf. Bei Glasdruck ließ sich eine weingelbe zentrale Zone nicht verdrängen. Das weiche Plasmom der Knötchen war aus dem tiefreichenden Kutislager mit dem scharfen Löffel leicht aushebbar. Eine starke Seborrhoe der Kopfhaut mit Defluvium, sowie chronischer Lungenspitzenkatarrh ergänzten den Befund. Herdreaktion erst mit 5 mg AT zu erzielen. Die gründliche Auslöffelung aller Knötchenbestände mit nachfolgender Verschorfung der scharfumschriebenen tieferen Aushebungsstellen schien den Prozeß zum Ausgleich zu bringen. Nach drei Monaten meldet sich jedoch die Kranke mit einem ziemlich reichlichen Nachschub. An der Grenze vieler ausgeheilter Effloreszenzen waren neue, bis hanfkorngroße Knötchen aufgeschossen, insgesamt mit den gleichen Charakteren des vorangegangenen Ausbruchs. Energische Exkochleation und tiefe Glüheisenverschorfung scheinen dann die definitive Heilung herbeigeführt zu haben.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten Serienschnitte verschieden großer Knötchen in Sitz, Struktur und zellulärer Anordnung ein vollkommen übereinstimmendes Verhalten. Die hauptsächlich in die subpapillare Kutiszone eingelagerten Plasmome weisen die scharf umschriebene, von verdichteten kollagenen Bündelzügen umsponnene Knötchenform auf. In den Zellkomplexen, namentlich in dem zentralen Anteil derselben, ist das bindegewebige Gerüst größtenteils verschwunden oder auseinandergedrängt, die elastischen Fasern nur mehr an den marginalen Anteilen als fragmentierte Reiser erhalten. Der Kern wird von einer

Digitized by Google

homogenen, kaum färbbaren, nekrotischen Masse bestritten, um welche sich hauptsächlich aus Epitheloidzellen gebildete Schichten gruppieren. Zwischen radiär gestellte Epitheloidzellkolonnen schieben sich reichlich Rundzellschwärme ein, die von hier aus bis gegen den homogenisierten Fokus vordringen. An dem Randteil der Knötchen bilden kompaktere Rundzellverbände einen dichteren Mantel. In der epitheloiden Schalenschicht, wie auch in dem lymphoiden Zellmantel sind zahlreiche, von randständigen Kernen besetzte Riesenzellen vom Langhansschen Typus eingestreut, deren einzelne bis zu 20 längsovale, dicht aneinandergereihte, saumständige Kerne führen. Die niedrigen, von Rundzellzügen durchsetzten Papillen, welche die Knötchen überdachen, werden von einer schmalen Oberhautlage überschichtet, stellenweise sind die Retezapfen zu beträchtlicher Verlängerung geraten. Über einzelnen Knötchen treten von der Hornschicht aus gegen das tiefere Epithel vordringende miliumähnliche Zellknäuel auf. Zahlreiche, auf Tuberkelbazillen durchmusterte Schnittreihen ließen keine säurefesten Stäbchen auffinden.

2. Der zweite mir zu Gesicht gekommene Fall betraf gleichfalls eine Frau, die im 44. Lebensjahre stand und zwei Jahre hindurch wegen eines Geschwürprozesses der rechten Nasenhälfte in rhinologischer Behandlung gestanden hatte. Im Anschluß an diesen Zustand soll in verhältnismäßig kurzer Zeit, vor drei Monaten, eine das Gesicht, den Nasenrücken und die Nasenflügel übersäender, seither unverändert fortbestehender Ausschlag aufgetreten sein. Aus der Krankengeschichte wäre anzuführen, daß die Patientin in der Kindheit wiederholt an Augenentzündungen und Schwellung der Halslymphdrüsen litt, mit 19 Jahren eine linksseitige Brustfellentzündung (achtwöchiger Spitalsaufenthalt) durchmachte und durch eine Reihe von Jahren schon vor dem Auftreten des Nasenübels an verschiedenen Spitalstationen mit chronischem Bronchialkatarrh in Behandlung stand.

Bei der Demonstration (W. Derm. Ges. 7./6. 1905) konnte ich auf einen distinkten Knötchenausbruch hinweisen, der in ziemlich dichter Einstreuung vom Nasenrücken aus sich auf die Wangen ausbreitete und mit zerstreuten Elementen auf die Stirne und das linke obere Augenlid übergriff. Die Knötchen waren hanf- bis kleinerbsengroß, deutlich kugelig über das Niveau erhaben, einzelnstehend und von reaktionsloser Haut umgeben. Ihre Farbe wich zum Teil nur durch etwas dunklere gelbliche Töne von der normalen Nachbarschaft ab, teils waren sie rotbraun verfärbt, an der Oberfläche glatt glänzend, nirgends suppurierend. Bei Glasdruck blieben braungelbliche Stellen bestehen. Der Schleimhautbelag der rechten unteren Nasenapertur war von einem tiefreichenden, vielfach zerfallenen, zerklüfteten und von Ulzerationen durchsetzten lupösen Infiltrat eingenommen. Auf 2 mg AT heftige Allgemeinreaktion, stärkere Sukkulenz und Halonierung der Knötchen.

Drei, verschiedenen Standorten entnommene Knötchen zeigten in den durchmusterten Schnittfolgen einen typischen Tuberkelbau. Bei Lupenbetrachtung ist der Sitz der scharf abgehobenen, fast kugelrunden Infiltrate zwischen mittlerer Papillarschicht und Pars reticul. cutis eingelagert zu entnehmen. Ihrem Baue nach weisen sie lymphozitoide Mantelzonen, nach innen zu ohne schärfere Abgrenzung geschichtete, von Lymphozyten und polymorphkernigen Leukozyten durchsetzte Epitheloidzellwälle auf, die sich konzentrisch um einen zentralen, homogenen, nekrotischen Kern gruppieren. Reichliche, vielkernige Riesenzellen, Rudimente des zerstörten kollagenen und elastischen Gerüstes, sowie eine Verdichtung der

Digitized by Google

umgrenzenden Bindegewebsfasern ergänzen den Befund. Tuberkelbazillen in Schnittreihen sind weder in Stäbchen-, noch in Körnchenform nachzuweisen. Auch die Ausstriche zerquetschter Knötchen weisen nur so spärliche Fragmente säurefester Gebilde auf, daß es nicht möglich ist, diese als Tuberkelbazillen anzusprechen.

3. Im Anschluß sei das Krankheitsbild wiedergegeben, auf welches sich die Illustrationen 1 und 2 beziehen.

Fig. 1.

Das Exanthem trat bei einem 24jährigen Arbeiter in Erscheinung, der wegen des entstellenden Zustandes April 1914 meine Abteilung aufsuchte. Ohne besondere belastende Familienanamnese weiß der Kranke nur so viel anzugeben, daß er vor Jahren zu wiederholten Malen mit Schwellung der Lymphdrüsen des Halses in kassenärztlicher Behandlung stand. Im Anschluß an eine ähnliche Entzündung linksseitiger Unterkieferdrüsen soll es zur Vereiterung eines Knotens nahe dem Kinn, Durchbruch nach außen und Geschwürsbildung der Haut gekommen sein, welch letztere erst nach mehrmonatlichem Bestande zur Benarbung gelangte. Diese Veränderungen kamen etwa drei Monate vor dem Auftreten des Ausschlages zur Ausheilung. Der zur Zeit der Vorstellung seit vier Monaten bestehende Gesichtsausbruch soll zunächst am dichtesten in der Umgebung der Narbe aufgetreten sein.

Digitized by Google

Es übersäen, wie die Figuren zeigen, in unregelmäßiger Einstreuung hirsekorn-, schrot- und erbsengroße, kugelig vorgewölbte, stets einzelnstehende, stellenweise aber zu Gruppen zusammenstehende Knötchen, die verschiedensten Gesichtspartien, mit besonders dichter Anordnung im Bereiche des Kinns. An der Moulage sieht man die Mitbeteiligung der Stirn und Augenlider. Die Knötchen boten trotz ihrer gelblichen und braunroten Verfärbung eine eigenartige Transparenz und über der dünnen, gespannten Decke Glanz. Einzelne Effloreszenzen, zerstreute und in Herden angeordnete, sind bei ihrer blassen, grauweißen Farbe Milien nicht unähnlich. Allen Blüten eigen ist die sulzig weiche Beschaffenheit, die sich auch durch das leichte Einsenken des aufgedrückten Sonden-

Fig. 2.

knopfes ins blutende Gewebe erweisen läßt. Die Knötchen waren allerorten in blasses, von anderweitigen Veränderungen freies Hautgewebe eingebettet. Eine stärkere Seborrhoe der Kopfhaut hatte zu einer frühen Lichtung des Kapillitiums geführt. Am Halse multiple, bis kirschengroße Lymphome, am Kinn links die an der Moulage sichtbare, über kronenstückgroße, violett verfärbte Skophulodermanarbe. Die Lungen normal. Auf 4 mg AT Temp. 38,9 und deutliches Herderythem im Bereiche der Wangen-, Kinn- und Stirnknötchen. Der nachträglich noch an der Abteilung Prof. Ehrmann zur Aufnahme gelangte Patient wurde von Dr. Lier in der derm. Gesellschaft vorgestellt.

Aus der linken Wange entfernte einzelne Knötchen wurden zur Hälfte der histologischen Untersuchung unterzogen, zur Hälfte als Brei gegen die gequetschten Inguinaldrüsen zweier Meerschweinchen verimpft. Bei einem Tiere waren nach 14 Tagen deutlich palpable Lymphknötchen nach-

Digitized by Google

zuweisen, welche bei der sechs Wochen später durchgeführten Nekropsie deutliche Tuberkelstruktur und Verkäsung aufwiesen. Bei dem anderen Tiere waren bei einer viermonatlichen Betrachtung keinerlei Veränderungen aufgetreten und konnte auch die Untersuchung der Organe keinerlei Anhaltspunkte für tuberkulöse Einlagerungen aufdecken. Was den anatomischen Bau der Herde betrifft, so zeigten sowohl die jüngeren, hirsekorngroßen, als auch die als länger bestehend bezeichneten lentikulären Effloreszenzen eine schon bei Betrachtung der Schnitte mit freiem Auge deutlich wahrnehmbare, scharf umschriebene, leicht ovale Gestalt mit verdichteten Umsäumungszonen und aufgehelltem, durchscheinendem, zentralem Anteil. Der distinkte, scharf umrandete Knötchenbau trat noch schärfer bei der Durchmusterung der Schnittreihen zutage. Die Effloreszenzen entsprechen hauptsächlich aus Epitheloid- und Riesenzellen ge-

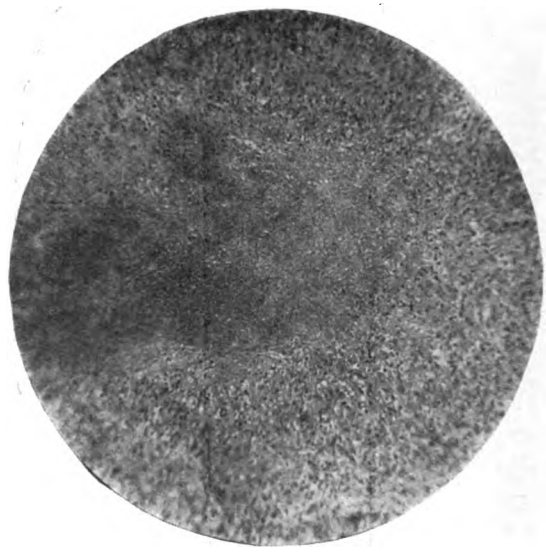


Fig. 3.

bildeten großen Komplexen, die sich um einen zentralen, verkästen Herd gruppieren. Reaktive Veränderungen der Umgebung in Form von Lymphozytenschwärmen sind nur sehr mäßig angedeutet. Die miliaren Knötchen mit allen Eigenschaften des Tuberkels ausgestattet, substituieren an ihrem Standort den Papillarkörper und die Cutis propria. Sie reichen bis zu dem abgeflachten Epithelsaum in deutlicher Abgrenzung hinauf und sondern sich durch breitere Kollagenbündel von der retikulierten Schicht ab. An dem völlig homogenen, kaum tingibeln Fokus sind einzelne Rundzellen eingedrungen. Hier und da durchsetzen gelapptkernige Leukozyten die aus Lymphoidzellen gewebten Mantelzonen. In diesen, mehr dem Kern zu als auch in den peripheren Zellverbänden, sind vielkernige, typische Langhanssche Riesenzellen in großer Zahl anzutreffen. Eine engere Beziehung der Infiltrate zu den Follikeln ist nicht festzustellen. Die Gefäße im Bereiche der Knötchen sind in den Zellkomplexen aufgegangen.

Digitized by Google

Im nekrotischen Zentrum konzentrisch angeordnete, elastische Fibrillenreste könnten auf den Sitz subpapillärer Gefäßschlingen hinweisen. Nachzutragen wäre noch, daß der im klinischen Bilde ausgedrückten papulösen Form der Effloreszenzen eine deutliche Vorbauchung der Epitheldecke entspricht. Tuberkelbazillen oder Much'sche Granula waren weder in zahlreichen Schnitten, noch im Ausstrich zerquetschter Knötchen aufzufinden.

Die beigegebene Mikrophotographie 3 entspricht dem homogenisierten Zentrum eines Knötchens und zeigt die um den nekrotischen Fokus gruppierte Ansammlung von Epitheloidzellen. Riesenzellen und randständig eingestreute Lymphozyten sind bei der Partialeinstellung und mäßiger Vergrößerung kaum zu entnehmen.

Allen Fällen gemeinsam ist die rasche Reife, der in wenigen Schüben zur Aussaat gelangenden Knötcheneinstreuungen, welche stets auf das Gesicht beschränkt zu bleiben pflegen. Weiterhin die mangelnde Tendenz der meist von glatter, glänzender Decke überkleideten, braunroten, weichen, sulzigtransparenten Herde zu Konfluenz, Pustulation und Zerfall. Bei diesen genügend scharfen Merkmalen, die im übrigen bei den meisten der als typisch ausgewiesenen Beobachtungen wiederkehren, wird eine Verwechslung mit Aknitis und akneiformen Tuberkuliden um so schwerer unterlaufen, als letztere hauptsächlich auch an den Extremitätenstreckflächen ihren Standort haben und ihre Blüten der regressiven Metamorphose in Form der zentralen Vereiterung oder fokalen Nekrose ausgesetzt sind. Als unzulänglich kann sich die klinische Differenzierung erst erweisen, wenn Aknitis und Folliklisschübe mit einer gewissen Akuität zur Entwicklung gelangen, das Gesicht bevorzugen und der Zerfall der Effloreszenzen kaum angedeutet erscheint. Hier wird der histologische Befund das entscheidende Wort zu reden haben. Die von mancher Seite in die Differentialdiagnostik einbezogenen Fälle des disseminierten postexanthematischen Lupus des Kindesalters, sowie die Kleinknötchenform des Boeck'schen benignen Sarkoids weisen in der Anordnung, Verteilung, Farbe, Konsistenz der Elemente und dem Entwicklungsgang des ganzen Krankheitsbildes, dem disseminierten Gesichtslupus gegenüber so weitreichende Unterschiede auf, daß sie selbst bei der klinischen Sonderung kaum ernstlich in Frage kommen dürften.

Hingegen lehrt die Erfahrung, daß eine so alltägliche Erkrankung wie die vulgäre Akne, mitunter Formen annehmen kann, die in mehrfacher Beziehung an den disseminierten Gesichtslupus erinnern. Es wird dieser Beziehung ja vielfach in der Nomenklatur Rechnung getragen, wenn auch die Bezeichnungen „Akne-Lupus" (Hutchinson), Adenoid-Akne (R. Crocker), Lupus acnéique (Besnier), als nicht sehr glücklich gewählt, zu keiner weiteren Einbürgerung gelangten. Daß die Lupusähnlichkeit atypischer Akneausbrüche gelegentlich auch noch im histologischen

Digitized by Google

Befund Stützen findet, konnte ich an einem in der W. Derm. Ges. demonstrierten Fall (Verh. 3. Mai 1911, Arch. f. Derm., Bd. 109, S. 222) beleuchten. Die bei einem 21jährigen Mädchen die Wangen, Stirn, Kinn in dichten Aussaaten bedeckenden, allerdings stellenweise zu Gruppen zusammentretenden, weichen, rotblauen Knötchenbestände waren als sulzige Masse auszulöffeln und boten in einzelnen Exemplaren tuberkelähnliche Struktur mit einem Gehalt von Riesenzellen, der jenen einfach entzündlicher perifollikulärer Infiltrate weit übertraf. Daß für die Anreihung an die Acne teleangiectodes keine genügende Berechtigung vorlag, ging aus dem negativen Keimbefund, dem Ausbleiben der Tuberkulinreaktion und dem Fehlen irgendwelcher Hinweise auf anderweitige spezifische Begleitläsionen hervor. Vollends mußte ich aber die Vermutung aufgeben, als in der Folge in gehäuften Attacken aufschießende typische Akneblüten das Krankheitsbild beherrschten. Fälle, welche von Haus aus mit stärkerer entzündlicher Reaktion einhergehen, an den Zentren der Effloreszenzen Pustulation aufweisen und überdies einen streng follikulären Sitz darbieten, werden kaum diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Für ihre pyogene Abstammung liefert das klinische Aussehen eindeutige Handhaben.

Für die spezifisch tuberkulöse Natur der skizzierten Beobachtungen, gleichwie für eine große Reihe der unter der Marke des disseminierten Lupus-Fox publizierten Fälle sprach schon das simultane Erscheinen der Eruptionen mit zweifellosen tuberkulösen Veränderungen. So hatte die erste Kranke eine seit Jahren bestehende Spitzeninfiltration. Im zweiten Falle trat die Knötchenaussaat zu einem exulzerierten Schleimhautlupus der Nase hinzu. Beim dritten Patienten wieder bestanden typische Lymphome des Halses und trat die Aussaat der Knötchen in der Umgebung eines vor nicht zu langer Zeit zur Ausheilung gelangten Skrophuloderma der linken Kinnseite in Erscheinung.

Als von höherer Beweiskraft zu veranschlagen wäre das Ergebnis der Gewebsuntersuchung. Die kleineren und größeren Effloreszenzen zeigten in allen Fällen ausnahmslos den charakteristischen Tuberkelbau mit der Bildung scharf umschriebener, von verdichteten Bindegewebszügen umgrenzter, fast kugeliger Infiltrate mit einer Verlagerung, vielmehr Konsumption des Papillarkörpers und der oberen Kutislage. Den Infiltraten dienten mehr oder weniger verdichtete reaktive Lymphozytenwälle, von welchen losgelöste Schwärme bis in die fokalen Anteile zu verfolgen waren, als äußere Mantelzone. Sie umschließen konzentrisch und radiär formierte Lymphoidzellkomplexe, die einen homogenen, verkästen Fokus von ziemlich großer Ausdehnung umgeben. In allen Schichten bis zum nekrotischen Zentrum zahlreiche Langhanssche Riesenzellen mit randständig geordneten reichhaltigen Kernsäumen. Spärliche Einstreuung gelapptkerniger Leukozyten, nirgends An-

Digitized by Google

zeichen von eitrigem Zerfall. Obwohl es nun zur Genüge geläufig ist, daß die Hauttexturen, gleich den inneren Organen auf die Masseninvasion der Tuberkelbazillen oft genug mit ganz uncharakteristischen Granulationswucherungen reagieren und der tuberkuloide Bau mit der reichlichen Einstreuung von Riesen- und Epitheloidzellen nicht zu selten auch im Gewebssubstrat anderer Infektionskrankheiten wiederkehrt, so muß doch daran festgehalten werden, daß der sich immer wiederholende typische, von intensiveren exsudativen Veränderungen freie Tuberkelbau in erster Linie auf die Mitwirkung, wenn auch spärlicher oder in ihrer Virulenz herabgesetzter Tuberkelbazillen zu beziehen ist. Dies gilt um so mehr, wenn die im klinischen Bilde sich gleichartig präsentierenden Effloreszenzen auch im anatomischen Substrat das gleiche Verhalten aufweisen.

Alle Zweifel über die ätiologische Stellung des Prozesses zu beseitigen geeignet erscheint das Ergebnis der biologischen Prüfung. In den drei Fällen waren mit Alttuberkulin typische Herdreaktionen zu erzielen, die allerdings erst nach Einverleibung größerer Tuberkulinmengen (2—5 mg) zu erzielen waren. Das an den Effloreszenzen aufgetretene örtliche Reizphänomen erhärtet ihre Spezifität und ergänzt die Kriterien, welche die Klinik und der Gewebsbefund geliefert haben. Der Bazillennachweis in den Gewebsprodukten konnte nicht erbracht werden. Das Tierexperiment hatte nur im dritten Falle positives Ergebnis. Der in den Schnitten nur ausnahmsweise erbrachte Mikrobeneinschluß (Finger, Arndt, Schlasberg) spricht für die ausgesprochene Keimarmut der Aussaaten, die ja auch für die nur ausnahmsweise gelingende Tierinfektion mit Berechtigung geltend gemacht werden kann. Schon im klinischen Verlauf, dem langen reaktionslosen Bestand der Effloreszenzen, ihrer Fähigkeit zu spontaner Rückbildung und der isoliert bleibenden Lokalisation, sind genügende Hinweise für die nicht zu reichliche Bazilleneinschleppung gegeben, wofür, wie schon erwähnt, die Art der Gewebsreaktion eine weitere Bestätigung liefert. Hält man an diesen Charakteren fest, so muß die Zugehörigkeit mancher in der Literatur hier untergebrachten Beobachtung mehr als zweifelhaft erscheinen. Vorzüglich gibt dies für zerstreut am Stamm und den Extremitäten auftretende, als besonders bazillenreich und leicht inokulabel beschriebene Exantheme des Kindesalters, welche nach der Beschreibung mehr als miliäre Hautmetastasen schwerer Allgemeintuberkulose gelten können.

Andererseits lehrt die Übersicht des etwa 40 Beobachtungen umfassenden, literarisch verwerteten und demonstrierten Materials, daß dem miliären Gesichtslupus auch Fälle zugewiesen werden, für deren tuberkulöse Ätiologie weder im klinisch-morphologischen Bilde, noch im Ergebnis der biologischen Untersuchung hinreichende Beweise zur Verfügung stehen. Auszuscheiden wären natürlich alle Fälle, welche nur nach dem klinischen Aussehen

Digitized by Google

beurteilt werden. Aber auch die an der Hand des anatomischen Befundes als Übergangsformen gedeuteten Varianten erfahren keine voll befriedigende nosologische Bestimmung.

Was die Acne teleangiectodes betrifft, so muß ihre Identität mit dem Lupus miliaris disseminatus (Fox) heute als unbestreitbar bewiesen anerkannt werden, hiermit auch die spezifisch tuberkulöse Abstammung des von Kaposi zum erstenmal schärfer umrissenen Krankheitsbildes. Wenn immer wieder Beobachtungen zur Beleuchtung der Sonderstellung des Prozesses im Sinne einer vom Formenkreis der Hauttuberkulose abseits gelegenen Läsionsform herangezogen werden, so hängt dies damit zusammen, daß Kaposi auch Follikulitiden des Gesichts dem Begriff der Acne teleangiectodes untergeordnet hatte, die der klassischen Form histologisch keineswegs entsprechen und demnach auch mit dem Typus des Lupus follicularis Fox nicht indentifiziert werden können. Solche anatomisch und pathogenetisch differente Knötchenausbrüche werden vielleicht einmal als Granulome sui generis, neben dem Lupus follicularis disseminatus, d. h. der Acne teleangiectodes specifica und der Acnitis Barthélemy, eine genauere, die Verwechslung ausschließende Definition erfahren.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. Syphilis.

Die Behandlung von syphilitischen Herzläsionen auf Grund von Untersuchungen an 300 Fällen, von H. Brocks und J. Carroll-New York. (J. Am. m. Assoc., 24. Oktober 1914.) Entgegen älteren Darstellungen ist die Beteiligung des Herzens bei der Lues durchaus nicht an die Spätstadien allein gebunden, obwohl von der vorliegenden Serie 277 Fälle sich erst im Tertiärstadium zur Behandlung ihrer Herzbeschwerden einfanden. Abgesehen von der Gummabildung des Tertiärstadiums ist die wesentlichste Läsion die entzündliche Beteiligung der Herzmuskulatur in der Umgebung der Arterien. Obschon diese Vorgänge durchaus nicht leicht zu nehmen sind, ist die Prognose keineswegs so ganz infaust, wie von mancher Seite dargestellt worden ist, und in der vorliegenden Serie sind immerhin 116 Kranke zu einer wirklichen Heilung oder jedenfalls zu einer dauernden Beseitigung ihrer Symptome gelangt. Bei der Behandlung wurde durchaus nicht exklusiv verfahren. Bemerkenswert ist, daß ausgiebig Salvarsan angewandt wurde; die Resultate bei 75 damit behandelten Kranken zeigen, daß namentlich im Sekundärstadium die Herzaffektionen in sehr befriedigender Weise darauf reagieren. Allerdings empfehlen Verfasser, auch die Weiterbehandlung mit Quecksilber und Jod dabei nicht zu unterlassen. Das Neosalvarsan erschien ihnen für solche Fälle weniger leistungsfähig. Als Gegenindikation gegen die Salvarsandarreichung wird eine etwaige ausgesprochene Arythmie der Herzaktion hervorgehoben. Neben der spezifischen Behandlung soll die symptomatische Therapie der Herzaffektion entsprechend durchgeführt werden. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Die syphilitische Aortenerkrankung, von HART. (Zsch. f. ärztl. Fortb., 1915, Nr. 2.) Während die Arteriosklerose die Bauchaorta bevorzugt, befällt die Syphilis die Brustaorta. Aber gerade bei Aortensyphilis findet man auch die allerschwersten Fälle von Atherosklerose, durch die das Bild der Aortitis luetica fast ganz verdeckt werden kann. Hier leistet die WASSERMANNsche Reaktion gute Dienste. Die wichtigsten sekundären Veränderungen bestehen in der Entwicklung von Aneurysmen und Insuffizienzen der Aortenklappen. Mikroskopisch stellt sich die Aortitis luetica dar als eine Erkrankung aller drei Wandschichten, ein spezifischer Charakter kommt nur dem in Adventitia und Media sich abspielenden Prozeß zu. Die Zerstörung der elastischen Lamellen in letzterer und die Bildung mit Narbengewebe ausgefüllter Lücken ist die wichtigste Erscheinung, daher auch vielfach die ganze Erkrankung als Mesaortitis bezeichnet wird. Was die Häufigkeit anbelangt, fand H. auf die letzten fünf Jahre berechnet, einen Prozentsatz von 6,7% seiner Sektionen. Die klinische Diagnose hat ihre Hauptstütze in der WASSERMANNschen Reaktion. Wie Tabes und Paralyse ist auch die Aortitis eine spätsyphilitische Affektion. Die Zeit nach der Infektion wird von DENEKE auf durchschnittlich 20 Jahre berechnet. Die antisyphilitische Behandlung kann nur bei sehr frühzeitiger Diagnose Erfolg versprechen. Sie muß auf jeden Fall äußerst energisch sein. Über Salvarsan gehen die Ansichten auseinander. W. Haas-Hamburg.

Über „Pseudotabes hypophysacea", von G. KAHLMETER. (Hygiea, 1915, Bd. 77, H. 9.) Verfasser berichtet über das von OPPENHEIM neulich hervorgehobene Verhältnis, daß Hypophysengeschwülste in sehr hohem Grade Tabes bzw. Paralyse simulieren können, und beschreibt zwei eigene Fälle, wo nur die Röntgenuntersuchung die richtige Diagnose ermöglichte. Im Anschluß an die beiden Fälle erörtert er die Theorien über den Wegfall der Patellarreflexe sowie über die Entstehung der psychischen Symptome bei Gehirntumoren im allgemeinen und im besonderen die Erklärung der tabiformen Symptome bei Hypophysengeschwülsten. W. Holland-Kristiania.

Über Aortitis fibrosa und zerebrospinale Syphilis, von N. C. BORBERG. (Bibliotek for Laeger, 1915, H. 7.) Der Verfasser zieht folgende Schlüsse: Aortasklerose wurde klinisch zehnmal häufiger bei Patienten mit (über fünf Jahre) alter Lues als bei anderen gefunden. Sie ist bei Individuen unter 50 Jahren, die nicht Febris rheumatica gehabt und die nicht erhöhten Blutdruck aufweisen, beinahe immer syphilitischer Natur. Aortasklerose konnte pathologisch-anatomisch bei $^3/_4$, stethoskopisch bei $^1/_4$ von allen Syphilitikern, inklusive Paralytikern, Tabetikern und anderen nachgewiesen werden. Sie wurde am häufigsten bei Tabes gefunden. Aortitis ist eins der besten Stigmata luetica. Man darf annehmen, daß Degeneration des Nervus depressor dieselbe Rolle für die Aortitis luetica spielt, wie Erkrankung anderer sensitiver Nerven für die „tabetischen" Arthropathien. W. Holland-Kristiania.

Chronische Thyreoiditis und abortives Myxödem bei einem Syphilitiker, progressive Paralyse vortäuschend, von DE MASSARY. (Semaine méd., 1914, Nr. 29.) Bei einem 45jährigen Manne trat plötzlich eine deutliche Abnahme der Geisteskräfte ein; da er alter Syphilitiker war, mußte an Paralyse gedacht werden. Nebenbei zeigte er einige Zeichen von Myxödem und weiche Hypertrophie der Schilddrüse; als deshalb eine Schilddrüsentherpie eingeleitet wurde, verschwanden die psychischen Symptome rapid. Wegen eines Ausbruches von Syphiliden wurde auch Quecksilber gegeben; nunmehr verschwanden alle Erscheinungen, inklusive der Schilddrüsenschwellung. Es lag also eine syphilitische Thyreoiditis vor. R. Frühwald-Leipzig.

Über den Cholesteringehalt der Plazenta, von E. COVA. (Folia gynaecologica. Bd. 9, Nr. 3.) Die Plazenta von syphilitischen Schwangeren enthält mehr Cholesterin als diejenige gesunder Schwangerer. M. Rühl-Turin.

Digitized by Google

Ein Fall von Syphilis mit Primäraffektion in der Vagina, von Ludv. Nielsen-Kjöbenhavn. (Hospitalstidende, 1914, Nr. 52.) Bei einem 29jährigen Dienstmädchen mit sekundärer Syphilis saß die Primärsklerose an der vorderen Wand der Vagina, links, 3 cm unterhalb der Anheftung der Vagina am Gebärmutterhalse. Ausgesprochene und gut abgrenzbare Induration. Bei Dunkelfeldbeleuchtung fanden sich zahlreiche Spirochäten.

W. Holland-Kristiania.

Ulcus gummosum vaginae et vulvae, von Carl Bollog-Basel. (Korr. Bl. Schweiz, 1914, Nr. 34.) B. beobachtete ein Ulcus vulvae, das, obwohl die Wassermannsche Reaktion negativ war, ex juvantibus als luetisch erkannt wurde. Der Verfasser empfiehlt in allen ähnlichen Fällen die Quecksilber- und Jodbehandlung zu versuchen, da sie nie schaden und nur nützen kann. Salvarsan dagegen zu diagnostischen Zwecken zu verwenden, hält er für unzulässig, da seiner Meinung nach das Risiko einer Salvarsanbehandlung nicht im Verhältnis zur Schwere eines Vaginalgummas steht.

H. Boehme-Leipzig.

Die Ätiologie des Hydrocephalus congenitus, von Fragola. (Morgagni, 28. September 1914.) Durch die Wassermannsche Reaktion kann in Fällen, wo nichts auf Syphilis hinweist, die erbsyphilitische Natur eines Hydrozephalus dargetan werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Der syphilitische Kopfschmerz, von T. Hnátek. (D. m. W., 1915, Nr. 3.) Die Diagnose der syphilitischen Natur der Cephalalgie ist manchmal sehr schwer zu stellen. Es muß sorgfältig geachtet werden auf Gehirnerscheinungen, Schwindel, Abnahme der Intelligenz, Gedächtnisschwäche, Ohnmachtsanfälle und Krämpfe, Erbrechen, Stauungspapille, Lähmungen von Gehirnnerven und vorwiegend auf Polydipsie und Polyurie, die fast in einem Drittel der Fälle vorhanden sind. Die syphilitischen Gehirnsymptome haben manchmal einen sehr kurzen und veränderlichen Verlauf. Man muß auch an eine neurasthenische oder toxische Natur der Cephalalgie denken, die durch eine Behandlung mit Hg und Jod heraufbeschworen und vorbereitet werden kann.

E. Brinitzer-Altona.

Klinische Erfahrungen über Syphilis des zentralen Nervensystems, von Jarl Hagelstam. (Finska Läkaresellskapets Handlingar, April 1915.) Nach einer allgemein gehaltenen Übersicht sämtlicher Fälle von syphilogenen Nervenkrankheiten, welche während der siebenjährigen Periode 1907—1913 im Marienkrankenhause aufgenommen wurden, teilt der Verfasser eine Kasuistik derjenigen Fälle von zerebrospinaler Lues und Paralyse mit, welche im Verlaufe der letzten zwei Jahre Aufnahme gefunden haben. Die einzelnen Fälle werden vorwiegend mit Rücksicht auf die Diagnose und Therapie erörtert, wobei unter anderem den Nonneschen Reaktionen besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Ohne den großen diagnostischen Wert dieser Reaktionen zu leugnen, hebt Verfasser eine Anzahl Fälle hervor, in denen die Diagnose trotz negativer Reaktion positiv gestellt werden mußte. Die bemerkenswertesten unter diesen Fällen waren folgende: 1. 25jähriger Mann war mit schweren Zerebralsymptomen erkrankt. Lues wird in Abrede gestellt und sämtliche Reaktionen fallen negativ aus. Bei indifferenter Behandlung Verschlimmerung, unter Hg-Behandlung rasche Genesung. 2. Ein 27jähriges Weib war unter Erscheinungen einer basalen Enzephalomeningitis heftig erkrankt. Klare Lumbalflüssigkeit, sämtliche Reaktionen außer der Pleozytose, welche 20 Zellen im Kubikmillimeter zeigt, negativ. Lues wird geleugnet. Unter Einfluß der Schmierkur rasche Genesung. Was die Therapie anlangt, hat H. überhaupt mit einer energischen und prolongierten Schmierkur im Verein mit Jodkalium die besten Resultate erzielt; in einigen Fällen aber hat Verfasser auch z. B. Lähmungen, die von der Schmierkur nicht beeinflußt worden waren, unter Salvarsanbehandlung sich rasch bessern sehen. In bezug

Digitized by Google

auf das Salvarsan mahnt H. zur größten Vorsicht und erwähnt einige unangenehme Erfahrungen, unter anderem einen Todesfall, verursacht durch blutigen Zerfall eines nicht diagnostizierten Tumors (Gumma?) des Frontallappens. (Autoreferat.)

W. Holland-Kristiania.

Die intensive Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems durch intravenöse Neosalvarsaninjektion und Quecksilberschmierkur, von I. W. Stephenson-New York. (M. Record, 1914, Nr. 18.) Klinisch-serologischer Beitrag.

O. Gans, z. Zt. Karlsruhe.

Die Affektionen der Meningen im Verlaufe der Syphilis, von Desneux, Dujardin und O. Weill. (Ann. et Bull. soc. roy. Bruxelles, 70. Jahrg., Nr. 9.) Groß angelegte, zu kurzem Referate nicht geeignete Monographie über die syphilitischen Meningitiden. Im ersten Kapitel werden die Affektionen in der Frühperiode der Syphilis, im zweiten die der Spätperiode einschließlich der sogenannten Parasyphilis besprochen. Ihre Ausführungen fassen die Verfasser in folgenden Schlußsätzen zusammen: Die Meningen werden in der frühesten Sekundärperiode von Spirochäten überschwemmt; meist aber werden sie teils durch die Abwehrstoffe des Körpers, teils durch therapeutische Maßnahmen von ihnen wieder befreit. In manchen Fällen nisten sich die Spirochäten aber trotz der Schutzstoffe in der Tiefe des Gewebes ein. Diesen Befunden entsprechend kann sich schon sehr früh in der Sekundärperiode eine akute Meningealaffektion einstellen; dasselbe erfolgt bei unzureichender Behandlung (Neurorezidive). Meist aber bleibt diese sekundäre Meningitis latent und tritt erst spät in schleichender Weise in Erscheinung, teils als echte Syphilis des Zentralnervensystems, teils als Tabes oder Paralyse.

R. Frühwald-Leipzig.

Die syphilitischen Meningitiden, von H. Roger. (Morgagni, 25. Juli 1914.) Allgemeine, zu kurzem Referate nicht geeignete Besprechung der syphilitischen Erkrankungen der Hirnhäute. Verfasser unterscheidet vier Formen: 1. klinisch manifeste Meningitiden, 2. latente Meningitiden, die nur durch Laboratoriumsuntersuchungen (Eiweißvermehrung, Lymphozytose usw.) erkannt werden können, 3. parasyphilitische Meningitiden, die Erkrankungen der Hirnhäute bei Tabes und Paralyse, 4. therapeutische Meningorezidive (Neurorezidive).

R. Frühwald-Leipzig.

Syphilitische Meningitisformen, von Nobécourt-Paris. (Monde méd., 25. Mai 1914.) Die akuten und chronischen durch Lues bedingten Entzündungen können die zerebralen und spinalen Meningen für sich oder gleichzeitig befallen. Der akute Typ tritt vor allem in der sekundären, der chronische in der tertiären Periode auf. Die M. gummosa in verschieden zahlreichen und ausgedehnten Herden führt oft zu Adhärenzen zwischen Meningen, Substanz und Knochen. Die M. sclerosa ist häufig die Folge der ersteren und die Ursache der Pachymeningitis. Im allgemeinen neigt der akute Typ zur Ausbreitung, der chronische zur Beschränkung. Außer der Erhebung der Anamnese und der klinischen Symptome ist es heute notwendig, auch die durch Punktion entnommene Lumbalflüssigkeit des Kranken zu prüfen. Sie ergibt Hyperalbumen und Vermehrung der Leukozyten. Wassermann ist positiv. Man unterscheidet eine M. der Konvexität von derjenigen an der Basis, aber es existiert noch eine Form mit heftigen Anfällen, Delirien, Konvulsionen und schweren Paralysen. Die tertiäre M. verursacht mitunter die gleichen Symptome wie ein Hirntumor, oder diejenigen einer Jacksonschen Rindenepilepsie. Fälle von diffuser M. zeichnen sich durch das Auftreten psychischer Zustände aus, die spinale Form durch heftige Schmerzen der Wirbelsäule mit Nervenausstrahlungen und die Meningo-Myelitis durch Sphinkterkrämpfe und paralytische Anfälle. Im Gegensatz zu dieser Gruppe ist die latente M. syphilitica nur durch die Untersuchung der Spinalflüssigkeit und die Antezedenz einer sekundären Lues fest-

Digitized by Google

zustellen. Die M. parasyphilitica beobachtet man im Verlaufe der Tabes und der Paralyse. Bei der Tabes findet sich gewöhnlich Hyperalbumose in Verbindung mit Schmerzsymptomen, während die Hyperleukozytose namentlich bei alten Fällen oft fehlt.

H. Vörner,-Leipzig.

Luetische Meningoenzephalitis bei einem Kinde, von R. Neurath. (Wien. klin. Rdsch., 1914, Nr. 28.) Das $3^3/_4$ jähr. Kind war nach 13 Frühgeburten und einem Abortus geboren worden. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren trat eine linksseitige Hemiplegie auf, einige Zeit später verlor es das Schluck- und Sprachvermögen. Es bestehen klonische Krämpfe des Kopfes und Zuckungen des linken Beines. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Meningo-Myelo-Encephalitis luetica mit Untersuchung der Spinalflüssigkeit, von O. Scheel-Kristiania. (Tidsskr. for d. Norske Laegeforening, 1915, Nr. 5.) Nichts Neues. W. Holland-Kristiania.

Die Beteiligung des Nervus acusticus bei Syphilis des Zentralnervensystems, von A. M. W. Ellis und H. F. Swift-New York. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 18.) Im Laufe der letzten vier Jahre haben Verfasser sieben Fälle beobachtet, bei denen relativ früh nach stattgefundener Infektion sich pathologische Vorgänge am Gehörnerv einstellten, welche als Folge einer syphilitischen Meningitis zu erklären waren. Aus den in Umrissen geschilderten sehr exakten Beobachtungen ist zu entnehmen, daß die Störungen von seiten des Gehörorganes bei mindestens sechs der Fälle nicht eine Einzelläsion darstellten, sondern nur einen Teil von einer recht verbreiteten Erkrankung des gesamten Nervensystems. Außerdem ist zu konstatieren, daß der Affektion des Akustikus in allen Fällen nur eine als entschieden unzureichend zu bezeichnende antisyphilitische Behandlung vorangegangen war. Andererseits waren bei dieser Serie die Behandlungsresultate derart, daß man die Prognose in bezug auf Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit des Gehörorganes bei sachgemäßer und ausdauernder Behandlung sogar relativ günstig stellen kann. A. Philippi-Salzschlirf.

Aphasie als Folge von Syphilis, von C. B. Craig-New York. (J. Am. m. Assoc., 2. Januar 1915.) Als ungewöhnliche und bemerkenswerte Äußerungen des syphilitischen Virus am Gehirn schildert Verfasser zwei Fälle, welche mit sehr bedenklichen aphasischen Störungen und Lähmungserscheinungen einhergingen. An praktischen Wert gewinnen dieselben noch durch den Umstand, daß nach Sicherung der Diagnose durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion die daraufhin eingeleitete Behandlung mit Salvarsan resp. Neosalvarsan in erstaunlich prompter Weise Heilung herbeiführte. Es handelte sich in dem einen Fall um eine eben nach Amerika eingewanderte 35jährige Russin, bei der neben Lähmung der rechten Hand Aufregungszustände und Unfähigkeit, irgend etwas anderes als ganz unverständliche Laute hervorzubringen, bestand. In einigen Wochen erfolgte vollständige Heilung. Bei dem anderen Fall, einen 26jährigen Mann betreffend, war die mit Fazialislähmung komplizierte Aphasie nicht ganz so vollständig und war nach einer einmaligen Injektion von Neosalvarsan fast gänzlich wieder behoben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Primäre Hemichorea durch Arteriitis cerebralis syphilitica, von E. A. Sáinz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 15. November 1914.) Der 58jährige Mann hatte sich vor 34 Jahren syphilitisch infiziert und war mit Protojoduretpillen und Gibertschem Sirup behandelt worden. Seither war er ohne irgendwelche Erscheinungen und ohne Behandlung geblieben. Eines Morgens beim Aufstehen bemerkte er auf der linken Seite unwillkürliche Bewegungen in allen Gelenken; besonders waren Schulter, Ellenbogen, Hüfte und Knie befallen. Es waren große Bewegungen, die sich bei Bewegung steigerten, im Schlafe sistierten. Es bestand keine Lähmung, keine Abnahme der Kraft, keinerlei Sensibilitäts- oder Hirnnervenstörung. Durch spezifische Behandlung wurden fast alle

Digitized by Google

Bewegungen beseitigt; nur die im Handgelenke persistierten, waren aber langsam, klein von athetotischem Charakter. Später hatte der Patient typische Zeichen von Hirnsyphilis, die auf eine Gefäßerkrankung hinwiesen, wobei auch die hemichoreatischen Bewegungen wieder erschienen. Bemerkenswert an diesem Falle ist die lange Latenz und das primäre, von keinem Vorboten eingeleitete Auftreten der Hemichorea.

R. Frühwald-Leipzig.

Über Abortivheilungen und Neurorezidive bei der modernen Syphilisbehandlung, von WERTHER-Dresden. (D. m. W., 1914, Nr. 22.) Das beste Terrain für die Spirochaeta pallida bilden die Lymphräume der Nerven und des Gehirns, daher der oft allein beweisende Befund von Spirochaeta pallida im Liquor. Die Lymphräume sind für Salvarsan schlecht zugänglich, woraus sich die mangelhafte Salvarsanwirkung bei Lues cerebrospinalis erklärt. Verschiedene Organe sind verschieden leicht infizierbar, von der Beschaffenheit des infizierten Terrains hängt offenbar die Art des Verlaufes der Krankheit ab. An abgekapselte und durch Arteriitis schlecht ernährte Herde dringen Hg und Salvarsan schlecht vor. Die nach Salvarsan beobachteten Fälle von Hirnschwellung und Kompressionsstörungen von in engen Knochenkanälen verlaufenden Nerven (Trochlearis, Abduzens, Akustikus, Optikus), die sogenannten Neurorezidive, entsprechen der belanglosen JARISCH-HERXHEIMERschen Reaktion auf der Haut. Begünstigt wird das Entstehen von Neurorezidiven und Hirnschwellungen durch hinzutretende Infektion (Influenza, Pneumonie), Alkoholismus, Status thymo-lymphaticus und zu geringe Salvarsandosen. EHRLICH selbst erklärt diese Nebenwirkungen durch „biologische Oxydation" des Salvarsanmoleküls. W. führt mehrere Fälle eigener Beobachtung von Abortivheilung durch zwei Salvarsandosen oder kombinierte Behandlung an. Frühzeitige Diagnosenstellung durch Ausstrichpräparate und Reizserum ist erforderlich, wenn möglich auch Exzision des Primäraffektes. Die meisten Neurorezidive sind zu heilen durch energische Fortsetzung der Kur; sie sind früher bekannt gewesen, seit Einführung des Salvarsans jedoch häufiger geworden. Zu erklären ist diese Tatsache durch die Eigenschaft des Salvarsans als Blutdesinfizienz, die eine Änderung des Verlaufes der Krankheit zur Folge hat, und weiter durch den Umstand, daß die Spirochaeta pallida große Affinität zum Zentralnervensystem besitzt. Das Vorgehen W.s im II. und III. Stadium der Syphilis ist das allgemein gebräuchliche.

S. Levy-Hamburg.

Behandlung der Syphilis des Nervensystems mit Salvarsanserum, von R. B. H. GRADWOHL. (Lanc.-Clinic, 11. Juli 1914.) Patient bekommt eine intravenöse Salvarsaninjektion; eine Stunde später werden ihm 75 ccm Blut entnommen, zentrifugiert, das Serum $^1/_2$ Stunde bei 56 Grad inaktiviert. Dann wird eine Lumbalpunktion gemacht, Liquor abgelassen bis der Druck unter 30 mm sinkt, und schließlich werden 25 ccm Serum intralumbal injiziert. Die Injektionen werden alle zwei bis drei Wochen wiederholt. Die Patienten erleiden eine Reaktion in Form von Schmerzen, Fieber und Schwäche. Mit dieser Methode hat Verfasser sehr gute Resultate bei Tabes und zerebrospinaler Syphilis gehabt. Namentlich die frischen Fälle zeigen rasche Besserung.

R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Früh- und Spätsyphilis des Nervensystems mit intrarachidischen Injektionen, von TZANCK. (Semaine méd., 1914, Nr. 29.) Verfasser gibt zuerst eine intravenöse Neosalvarsaninjektion; hierauf injiziert er 0,006 Neosalvarsan in Eigenserum intralumbal. Sechs Fälle von nervöser Frühsyphilis wurden auf diese Weise bedeutend gebessert; von sieben Spätfällen wurde nur einer gebessert.

R. Frühwald-Leipzig.

Das Problem der Therapie der syphilogenen Nervenkrankheiten im Lichte der neueren Forschungsergebnisse, von M. NONNE-Hamburg. (M. m. W., 1915,

Digitized by Google

zustellen. Die M. parasyphilitica beobachtet man im Verlaufe der Tabes und der Paralyse. Bei der Tabes findet sich gewöhnlich Hyperalbumose in Verbindung mit Schmerzsymptomen, während die Hyperleukozytose namentlich bei alten Fällen oft fehlt.

H. Vörner,-Leipzig.

Luetische Meningoenzephalitis bei einem Kinde, von R. Neurath. (Wien. klin. Rdsch., 1914, Nr. 28.) Das $3^3/_4$ jähr. Kind war nach 13 Frühgeburten und einem Abortus geboren worden. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren trat eine linksseitige Hemiplegie auf, einige Zeit später verlor es das Schluck- und Sprachvermögen. Es bestehen klonische Krämpfe des Kopfes und Zuckungen des linken Beines. R. Frühwald-Leipzig.

Ein Fall von Meningo-Myelo-Encephalitis luetica mit Untersuchung der Spinalflüssigkeit, von O. Scheel-Kristiania. (Tidsskr. for d. Norske Laegeforening, 1915, Nr. 5.) Nichts Neues. W. Holland-Kristiania.

Die Beteiligung des Nervus acusticus bei Syphilis des Zentralnervensystems, von A. M. W. Ellis und H. F. Swift-New York. (J. Am. m. Assoc., 1915, Nr. 18.) Im Laufe der letzten vier Jahre haben Verfasser sieben Fälle beobachtet, bei denen relativ früh nach stattgefundener Infektion sich pathologische Vorgänge am Gehörnerv einstellten, welche als Folge einer syphilitischen Meningitis zu erklären waren. Aus den in Umrissen geschilderten sehr exakten Beobachtungen ist zu entnehmen, daß die Störungen von seiten des Gehörorganes bei mindestens sechs der Fälle nicht eine Einzelläsion darstellten, sondern nur einen Teil von einer recht verbreiteten Erkrankung des gesamten Nervensystems. Außerdem ist zu konstatieren, daß der Affektion des Akustikus in allen Fällen nur eine als entschieden unzureichend zu bezeichnende antisyphilitische Behandlung vorangegangen war. Andererseits waren bei dieser Serie die Behandlungsresultate derart, daß man die Prognose in bezug auf Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit des Gehörorganes bei sachgemäßer und ausdauernder Behandlung sogar relativ günstig stellen kann. A. Philippi-Salzschlirf.

Aphasie als Folge von Syphilis, von C. B. Craig-New York. (J. Am. m. Assoc., 2. Januar 1915.) Als ungewöhnliche und bemerkenswerte Äußerungen des syphilitischen Virus am Gehirn schildert Verfasser zwei Fälle, welche mit sehr bedenklichen aphasischen Störungen und Lähmungserscheinungen einhergingen. An praktischen Wert gewinnen dieselben noch durch den Umstand, daß nach Sicherung der Diagnose durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion die daraufhin eingeleitete Behandlung mit Salvarsan resp. Neosalvarsan in erstaunlich prompter Weise Heilung herbeiführte. Es handelte sich in dem einen Fall um eine eben nach Amerika eingewanderte 35jährige Russin, bei der neben Lähmung der rechten Hand Aufregungszustände und Unfähigkeit, irgend etwas anderes als ganz unverständliche Laute hervorzubringen, bestand. In einigen Wochen erfolgte vollständige Heilung. Bei dem anderen Fall, einen 26jährigen Mann betreffend, war die mit Fazialislähmung komplizierte Aphasie nicht ganz so vollständig und war nach einer einmaligen Injektion von Neosalvarsan fast gänzlich wieder behoben.

A. Philippi-Salzschlirf.

Primäre Hemichorea durch Arteriitis cerebralis syphilitica, von E. A. Sáinz de Aja. (Rev. clin. Madrid, 15. November 1914.) Der 58jährige Mann hatte sich vor 34 Jahren syphilitisch infiziert und war mit Protojoduretpillen und Gibertschem Sirup behandelt worden. Seither war er ohne irgendwelche Erscheinungen und ohne Behandlung geblieben. Eines Morgens beim Aufstehen bemerkte er auf der linken Seite unwillkürliche Bewegungen in allen Gelenken; besonders waren Schulter, Ellenbogen, Hüfte und Knie befallen. Es waren große Bewegungen, die sich bei Bewegung steigerten, im Schlafe sistierten. Es bestand keine Lähmung, keine Abnahme der Kraft, keinerlei Sensibilitäts- oder Hirnnervenstörung. Durch spezifische Behandlung wurden fast alle

Digitized by Google

Bewegungen beseitigt; nur die im Handgelenke persistierten, waren aber langsam, klein von athetotischem Charakter. Später hatte der Patient typische Zeichen von Hirnsyphilis, die auf eine Gefäßerkrankung hinwiesen, wobei auch die hemichoreatischen Bewegungen wieder erschienen. Bemerkenswert an diesem Falle ist die lange Latenz und das primäre, von keinem Vorboten eingeleitete Auftreten der Hemichorea.

R. Frühwald-Leipzig.

Über Abortivheilungen und Neurorezidive bei der modernen Syphilisbehandlung, von Werther-Dresden. (D. m. W., 1914, Nr. 22.) Das beste Terrain für die Spirochaeta pallida bilden die Lymphräume der Nerven und des Gehirns, daher der oft allein beweisende Befund von Spirochaeta pallida im Liquor. Die Lymphräume sind für Salvarsan schlecht zugänglich, woraus sich die mangelhafte Salvarsanwirkung bei Lues cerebrospinalis erklärt. Verschiedene Organe sind verschieden leicht infizierbar, von der Beschaffenheit des infizierten Terrains hängt offenbar die Art des Verlaufes der Krankheit ab. An abgekapselte und durch Arteriitis schlecht ernährte Herde dringen Hg und Salvarsan schlecht vor. Die nach Salvarsan beobachteten Fälle von Hirnschwellung und Kompressionsstörungen von in engen Knochenkanälen verlaufenden Nerven (Trochlearis, Abduzens, Akustikus, Optikus), die sogenannten Neurorezidive, entsprechen der belanglosen Jarisch-Herxheimerschen Reaktion auf der Haut. Begünstigt wird das Entstehen von Neurorezidiven und Hirnschwellungen durch hinzutretende Infektion (Influenza, Pneumonie), Alkoholismus, Status thymo-lymphaticus und zu geringe Salvarsandosen. Ehrlich selbst erklärt diese Nebenwirkungen durch „biologische Oxydation" des Salvarsanmoleküls. W. führt mehrere Fälle eigener Beobachtung von Abortivheilung durch zwei Salvarsandosen oder kombinierte Behandlung an. Frühzeitige Diagnosenstellung durch Ausstrichpräparate und Reizserum ist erforderlich, wenn möglich auch Exzision des Primäraffektes. Die meisten Neurorezidive sind zu heilen durch energische Fortsetzung der Kur; sie sind früher bekannt gewesen, seit Einführung des Salvarsans jedoch häufiger geworden. Zu erklären ist diese Tatsache durch die Eigenschaft des Salvarsans als Blutdesinfizienz, die eine Änderung des Verlaufes der Krankheit zur Folge hat, und weiter durch den Umstand, daß die Spirochaeta pallida große Affinität zum Zentralnervensystem besitzt. Das Vorgehen W.s im II. und III. Stadium der Syphilis ist das allgemein gebräuchliche.

S. Levy-Hamburg.

Behandlung der Syphilis des Nervensystems mit Salvarsanserum, von R. B. H. Gradwohl. (Lanc.-Clinic, 11. Juli 1914.) Patient bekommt eine intravenöse Salvarsaninjektion; eine Stunde später werden ihm 75 ccm Blut entnommen, zentrifugiert, das Serum $^1/_2$ Stunde bei 56 Grad inaktiviert. Dann wird eine Lumbalpunktion gemacht, Liquor abgelassen bis der Druck unter 30 mm sinkt, und schließlich werden 25 ccm Serum intralumbal injiziert. Die Injektionen werden alle zwei bis drei Wochen wiederholt. Die Patienten erleiden eine Reaktion in Form von Schmerzen, Fieber und Schwäche. Mit dieser Methode hat Verfasser sehr gute Resultate bei Tabes und zerebrospinaler Syphilis gehabt. Namentlich die frischen Fälle zeigen rasche Besserung.

R. Frühwald-Leipzig.

Behandlung der Früh- und Spätsyphilis des Nervensystems mit intrarachidischen Injektionen, von Tzanck. (Semaine méd., 1914, Nr. 29.) Verfasser gibt zuerst eine intravenöse Neosalvarsaninjektion; hierauf injiziert er 0,006 Neosalvarsan in Eigenserum intralumbal. Sechs Fälle von nervöser Frühsyphilis wurden auf diese Weise bedeutend gebessert; von sieben Spätfällen wurde nur einer gebessert.

R. Frühwald-Leipzig.

Das Problem der Therapie der syphilogenen Nervenkrankheiten im Lichte der neueren Forschungsergebnisse, von M. Nonne-Hamburg. (M. m. W., 1915,

Digitized by Google

Nr. 8. und 9.) Das vorliegende Thema wird vom Verfasser in umfassender und überaus klarer Weise dargelegt, und obwohl für den Fachkollegen wesentliche Neuerungen in der Arbeit nicht vorgeführt werden, sind manche kasuistische und sonstige Einzelheiten, welche sich im Referat allerdings nicht gut wiedergeben lassen, bemerkenswert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Über die Pathogenese der Tabes, von Eugen Sepp-Moskau. (D. Zschr. f. Nervhlk., 1914, Bd. 52, H. 1—2.) Sepp betont, daß durch Noguchis Entdeckung der Spirochäten im Rückenmark wohl ein Beweis für die ätiologische Bedeutung derselben für die Entwicklung der Tabes gegeben sei; daß aber die Pathogenese noch unklar sei. Er selbst drückt seine Anschauung folgendermaßen aus: Die Tabes stellt eine scharf ausgedrückte nosologische Einheit dar und hat zur anatomischen Grundlage einen Degenerationsprozeß, welcher infolge von dauernder Wirkung der in der Zerebrospinalflüssigkeit zirkulierenden, diffusiblen syphilitischen Toxine entsteht. Durch Analogieschlüsse mit andern Infektionskrankheiten, besonders der Tuberkulose, nimmt der Verfasser auch bei der Syphilis zweierlei verschiedenartige Giftwirkungen an: 1. eine direkte, von den Bakterien ausgehende, lokale (meist entzündliche), und 2. eine durch die diffusiblen Toxine der Bakterien hervorgerufene Schädigung, die zur Degeneration führt. Er faßt die Tabes also auf als eine parasyphilitische Krankheit — im Sinne nicht einer Nach-, sondern einer Nebenkrankheit —; für ihn ist die Tabes eine degenerative Systemerkrankung (Strümpell), hervorgerufen nicht durch die Bakterien, sondern durch die Syphilotoxine.

O. Lasch-Breslau.

Verschiedenes.

Die k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien hat den Goldberger-Preis über das Thema „Die Entstehung und Behandlung der Reflexanurie" nochmals bis zum 15. Mai 1918 ausgeschrieben.

Priv.-Doz. Dr. Franz v. Veress-Klausenburg, k. u. k. Regimentsarzt, hat das Eiserne Kreuz II. Kl. erhalten.

Oberarzt Dr. Friedrich Necker, Assistent der Abteilung von Prof. Otto Zuckerkandl in Wien, hat das Ritterkreuz des Franz Josefsordens am Bande des Militärverdienstkreuzes erhalten.

Prof. Theodor Boveri, Direktor des Institutes für Zoologie und vergleichende Anatomie in Würzburg, der berühmte Forscher auf dem Gebiete der Befruchtungs- und Vererbungslehre, ist gestorben.

Der Lepraforscher Missionsarzt Dr. Davis Sandler-Edinburgh ist im Oktober in Konstantinopel gestorben.

Senator R. Bérenger in Paris, der verdienstvolle Vorsitzende der Fédération des Sociétés contre la Pornographie, ist gestorben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig.
Für den Referatenteil: Dr. P. Tarnzer, Bremen.

Digitized by Google

Sachverzeichnis.

* bedeutet Originalarbeit.

Abderhaldensche Serodiagnostik i. d. Dermatologie, Stümpke 831.
— — b. Gehirn- u. Rückenmarkskrankheiten, Golla 831.
— — b. Pellagrakranken, Babes u. Jonesco 901.
Abortivbehandlung s. Blennorrhoe.
Abwehrkräfte des Organismus, Kämmerer 921.
Addisonscher Symptomenkomplex m. Pellagra, Bertelli 900, Rubinato 900 (Bis).
Addisonii. Traumatischer Morbus 1115.
— (?) Morbus, Little 1132.
Adenoma sebaceum, Stowers 1131.
Adhäsoltherapie i. d. Chirurgie u. Dermatologie, Dreuw 850.
Adrenalin s. Glykosurie.
Äthylhydrokuprein s. Konjunktivitis blennorrhoica.
Ätznatronwirkung a. d. Nägel e. Glasergehilfen. Progrediente, Oppenheim 924.
Affen, Impfungen m. d. Gonokokkus an, Reenstierna 729.
— Übertragg. v. Pellagra auf, Lavinder, Francis, Grimm u. Lorenz 902.
— Pockenimpfung bei, Ashburn, Vedder u. Gentry 988.
Afridolseife. Bernheim 850.
Akarus b. Kopra-Jucken. Whitfield 1107.
Akne urticata u. andere neurot. Exkoriationen, Adamson 688.
Akropompholyx 1128.
Akrosarkoma 1153.
Albumin im Harn. Nachweis von, Mayer 693.
Albuminprobe. Hellers, Cronquist 692.
Albuminurie b. Tuberkulösen. Bedeutg. u. Wichtigkeit der, D'Onghia 691.
— u. Tuberkulose. Orthostat.-lordotische, Jagič 692, Wendenburg 692.
— b. Menschen. Auslösung transitorischer, Schiff 692.
Alopezie a. Basis e. Hypothyreoidismus. Kongenit., famil., hereditäre, Petersen 725.
— b. Hypothyreosis, Montgomery 748.
*— u. Kopfschüssen. Kontralaterale, Knack 811, 1060, Klausner 995, 1161.
— b. Kindern inf. Überdosierung v. Röntgenstrahlen, Stowers 1106.
Alopecia areata d. Kopfes u. d. l. Augenlider, Dore 866.
— atrophicans. Initialstadium der, Dreuw 774.
American Urological Association 722.
Aminoazobenzol e. Epithelisierende Wirkg. der, Martinotti 837.
*Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum, Smilovici 675, Schumacher 676.
Anaphylaxie, Urtikaria u. parenterale Eiweißverdauung, Mühsam u. Jacobsohn 880.
Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt d. Tonsille. Diff.-Diagnose zwischen, Lévy 1064.
Angiokeratom, Sibley 865.
Angiokeratoma corporis diffusum, Stümpke 729.
Angioneurotisch (-ica) s. Dermatitis, Ödem.
Annales des Maladies Vénériennes 1162.
Ansteckung. Strafwürdigkeit der, Lieske 726, 778, 1034, 1155.
Antiblennorrhoikum. Thigan, ein neues äußerliches, Stümpke 757.
Antiblennorrhoische Vakzinetherapie, Remlinger 761, Livon 761.
*Antigonorrhoikum. Ammoniumpersulfat als, Smilovici 675, Schumacher 676.
Antipartialantigene, Adam 1027.
Argentamin s. Salping-Oophoritiden.
*Arsen bhdlten. Lichen ruber planus. Histolog. Untersuchgn. an mit, Hodara 699.

Digitized by Google

Arsenkeratosen u. -pigmentationen. Dermatitis herpetif. mit, Scholtz 800.
Arsenpigmentationen u. -keratosen. Dermatitis herpetif. mit, Scholtz 800.
Arsenverbindung auf die Leber n. subkut. od. intraven. Injektionen. Verschied. Wirkg. einer, Ullmann 713.
Arsenik. Herpes zoster nach, Finlay 652.
Arsenobenzol Billon 722.
Arteriitis obliterans bei Juden. Nichtsyphilitische, Weber 1110.
Arthigon s. Blennorrhagie; Blennorrhoische Erkrankungen, Komplikationen, Prozesse; Iritis.
Arthigoninjektionen. Intravenöse, Kyrle u. Mucha 784, Lewinski 785.
— Diagnost. Verwertbarkeit intravenöser, Frühwald 785.
— Therapeut. Anwendg. intravenöser, Bardach 785.
— bei Diagnostik u. Therapie d. Blennorrhoe. Intravenöse, Habermann 801.
— Blutbefunde n. intravenösen, Brasch 801.
Arthritis blennorrhagica, Mauclaire 735.
— — Tbc. als Boden für, Tommasi 718.
— Gonokokkenvakzine b. chron. blennorrhoischer, Sémionov 735.
— Sero- u. Vakzinetherapie d. blennorrhoischen, Gramenitzky 735.
— Vakzine v. Besredka b. blennorrhoischer, Florand 735, Dopter 736.
Auge s. Vakzineerkrankung.
Aurum-Kalium cyanatum s. Lupus tuberculosus.
Aussatz. Zaraath, der alttestamentliche, Vörner 1024.
Azodolen 837.

Bakteriensteine 665.
Bakteriurie, Biedl 693.
— Polymorph. fadenförmiger Keim b. renovesikaler, Scalone 693.
Basalzellengeschwülste d. Haut, Kyrle 728.
Basedowi. Alimentäre Galaktosurie b. Morbus, Szél 695.
Baumwollensamen-Dermatitis, Nixon 1106.
Behandlung von Hautkrankheiten. Allgemein-, Luithlen 834.
Behandlungsmethoden in der Dermatologie. Neue, Meachen 871.
Berliner dermatologische Gesellschaft 1010, Jahresversammlung 1103.
Bestrahlung. Retikulo-endothel. Zellapparat und, Soper 833.
Biersche Methode b. blennorrh. Epididymitis, Wilson 736.
Bindegewebe in veränderter Funktion. Kut. u. subkutanes, Rehn u. Miyauchi 802.
Bindegewebes, Darstellung des, Herxheimer 1025.
Blastomykosis od. Ekzem vortäuschend. Bromeruption, Gaskill 923.
Blattern s. Pocken.
Blaufärbung d. Haut dch. subkut. Morphiuminjektionen, Weber 1131.
Blaulichtbehandlung tuberkulöser Hautgeschwüre, Thedering 1029.
Blennorrhagie. Prophylaxe der, Biró 720.
— Kolloidales Jod b. akut. u. chronischer, Beyler 757.
— Arthigon bei, Le Clerc-Dandoy 782.
— Nicollesche Vakzine bei, Duhot 783.
Blennorrhagien. Immunotherapie d. akuten, Szily 731.
— s. Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhagisch (-ica) s. Arthritis, Deferenitis, Osteopathien. Blennorrhoisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhagischer Infektion. Vakzinetherapie bei, Sabella 761.
Blennorrhoe. Sogenannte, Mapes 800.
— wirksam verhütet werden? Wie kann die, Credé-Hörder 719.
— nicht abnehmen? Warum konnte die, Credé-Hörder 719.
— Neue therapeut. u. prophylakt. Versuche bei, Bruck 720.
— Verbesserungen i. d. Bhdlg. der, Duhot 755.
— Abortivbhdlg. der, Schumacher 1025.
— Bhdlg. der akuten, Uteau u. Saint-Martin 754.
— Technik d. Bhdlg. d. akuten, Orlowski 800.
— b. Männern. Bhdlg. der akuten, Hayes 755, Powell 755.
— d. vord. Harnröhre. Bhdlg. d. akuten. Azúa 755.
— b. Weibe, Buttler 732.
— — —-Bhdlg. d. akuten, Lontos 732.
— u. blennorrh. Komplikationen b. e. Säugling, Reinhard 733.
— d. Neugeborenen u. Erwachsenen i. d. Berner Augenklinik. Bhdlg. der, Schenderowitsch 721.
— Diagnose u. Bhdlg. d. chronischen, Bayly 755.
— Blennotin bei, Hirschberg 738.
— Choleval bei, Vajda 755.
— Diathermie bei, Baradulin 754.
— Hegonon bei, Bohm 757.
— Joddämpfe bei, Odstrčil 738.
— Kawotal bei, Leszlényi 779.

Digitized by Google

Blennorrhoe. Kolloide und, Mistiaen 757.
— Phylakogen bei, Harrison 758.
— Spezifische Bhdlg. der, Fischl 756.
— Vakzinetherapie der, Hofmann 711, Keil 759, Klause 760, Brandweiner 760, Sachs 761, Livon 761, Rost 762, Bruck 779, Boeters 781, Bloch 781.
— Antigonokokkenserum bei, Corbus 780.
— Vakzinebhdlg. u. Diagnose der, Stümpke 781.
— b. Weibe. Vakzinebhdlg. der, Holmström 733.
— im Kindesalter. Vakzinebhdlg. der, Hamburger 734.
— Intraven. Arthigoninjekt. b. Diagnostik u. Therapie der, Habermann 801.
— Vakzine v. Besredka bei, Cruveilhier 758, 779.
— Gonokokkenvakzin Menzer bei, Becker 780.
— s. Blennorrhagie, Gonorrhoe, Tripper, Urethritis.
Blennorrhoisch (-ica) s. Endokarditis, Epididymitis, Hyperkeratosis, Konjunktivitis, Ophthalmie, Salping-Oophoritiden, Stomatitis, Urethritis, Vulvovaginitis, Zystitis. Blennorrhagisch, Gonorrhoisch.
Blennorrhoische Krankheiten d. weibl. Genitalien, Pontoppidan 732.
— Granulationen, Stümpke 736.
Blennorrhoischen Erkrankungen, Serologie der, Finkelstein u. Gerschun 758.
— — i. d. Chirurgie. Sero- u. Vakzinotherapie der, Choltzow 719.
— — i. d. Urologie. Sero- u. Vakzinotherapie der, Choltzow 718.
— Adnexerkrankungen. Vakzinetherapie bei, Mañueco 751.
— Frauenleiden. Gonokokkenvakzine bei, Runge 732.
— Erkrankungen. Vakzinetherapie der, Gerschun u. Finkelstein 760.
— — d. Weibes. Intraven. Anwendg. des Arthigons bei, Leszlenyi u. Winternitz 786.
— Komplikationen. Gonargin bei, Herrmann 756.
— — Kollargol u. Arthigon bei, Renisch 757.
— — Arthigon bei, Lisznyai 758.
— Prozessen. Intravenöse Arthigoninjektionen bei, Arnold u. Hölzel 781.
Blennotin s. Blennorrhoe.
Blutes b. Hautkrankheiten. Zellelemente des, Engman u. Davis 655.
Blutbefunde n. intraven. Arthigoninjektionen, Brasch 801.
Blutbild b. chron. u. akut. Lupus erythematodes, Spiethoff 729.
Blutmixtur. Eruptionen dch. eine, Pernet 1107.
Bluterkrankheit. Vererbungsmodus der, Lossen 823.
— s. Haemophilie.
Borsäure b. Hautkrankheiten, Montgomery 850.
Brightsche Krankheit. Bakteriaemie, Infektion und, Berlin 664.
Bromeruption, Blastomykosis od. Ekzem vortäuschend, Gaskill 923.
Bromkuren dch. Kalkabgaben. Vermeidg. der Nebenwirkgn. bei Jod- und, Frey 852.
Bromoderma d. Beines, Weiß 922.
Buchsbaumdermatitis, Oppenheim 924.
Bullöse Eruption d. Hände u. Füße. Rekurrierende, Pernet 1128.
Bullösen Eruption. Chron.-septisches Papillom nach einer, Little 1129.
Bursitis tuberositatis tibiae 723.

Chemie d. Zelle, Unna u. Gans 801, Unna 802 (Bis).
Chemotherapie s. Tuberkulosen.
Chirurgie d. prakt. Arztes, Nordmann 835.
Chlorkalziumkompretten 971.
Cholestearingehalt d. Serums b. Dermatosen, Fischl 831.
Chondrodermatitis nodularis chronica helicis 729.
Chrysarobins. Keimtötende Wirkg. des, Schamberg, Kolmer u. Raizies 653.
— Biochem. Eigenschaften des, Schamberg, Kolmer u. Raizies 655.
Chylurie, Heinrich 694.
Chyluria non parasitaria, Courty 694.
Coccidiosis avenerea, McDonagh 893.
Creme u. Puder i. d. Kosmetik. Seife, Damman 856.
Curie. Place de, 698.

Deferenitis blennorrhagica ohne Epididymitis, Marziani 736.
Dermatitis der Pellagra, Frazer 749.
— Künstliche, Gilmour 655.
— artefacta, Mac Leod 894.
— angioneurotica, Kreibich 1025.
— bullosa dch. B. coli, Polter 748.
— factitia, Pernet 893.
— herpetiformis, Little 1108, 1129 (Bis), Mac Leod 1128, Sibley 1128, Sequeira 1129.
— — m. Arsenpigmentationen u. -keratosen, Scholtz 800.

Digitized by Google

Dermatitis venenata als Folge von Runguswirkung, Hornsey 924.
— s. Baumwollensamen-, Buchsbaum-, professionelle D., Koprastaub.
Dermatologisch-urologische Gesellschaft in Atlanta 1090.
Dermatologische Gesellschaft in Minneapolis 1162.
— Klinik in Lemberg 698.
Dermatolysis. Cadburg 928.
Dermatomykosen. Klassifizierung einiger, Kaufmann-Wolf 1023.
Dermatomykosenlehre. Experim. Btrge. zur, Saeves 728.
Dermographismus, Reznicek 880.
Dermotherma, Isbary 849.
— s. Hautkälte.
Diabetes insipidus. Syphilitische Gummata bei, Sequeira 1109.
— mellitus u. Impfung, Ziffer 992, Voigt 1004.
Diagnose. Fall zur, Cebrián 753, Mac Cormac 865, Little 865, 1132, Corbett 866, Dore 866, Sibley 1107, Dore u. Wilson 1107, 1109, Mac Leod 1128, Stebbing 1131, Walsh 1131.
Diathermie, Mann 849.
— s. Blennorrhoe.
Diathermieströme auf Gonokokken. Wirkg. der, Santos 809.
Diphtherie. Statistik der, Neumann 938.
Diphtheriebazillen. Blennorrh. Prozesse a. d. kindl. Vagina durch, Kobrak 717.
Divertikel s. Harnblasen-, Harnröhrendivertikel.
Dmegon 783.
Dyskeratose. Linsen- u. scheibenförmige, Darier 868.

Ehe. Hautkrankheiten und, Ledermann 819.
— Syphilis und, Ledermann 1047.
Paul Ehrlich †, Delbanco 907.
Eisenwirkung, Trebing 850.
Eiter im Urin, Pedersen 672.
Eiweißreagens. Handliches, Teuscher 693.
Ekthyma b. Malaria, Chimisso 823.
Ekzem od. Blastomykosis vortäuschend. Bromeruption, Gaskill 923.
— Urtikarilles, Neisser 1153.
Ekzema capitis. Generalisierte Vakzine bei, Obmann 1005.
Elarson i. d. Dermatologie, Scherber 850.
Elastische Fasern b. Epidermolysis bullosa hereditaria, Sakaguchi 1154.
Elastischen Fasern in Hautnarben. Neubildung der, Marchand 833.
Eleidokeratinbildung. Feinerer Bau d. menschl. Epidermis und, Martinotti 806.
Elektrargol s. Pest, Pocken.
Elektrokoagulation bei Blasengeschwülsten, Thelen 1134.
Endokarditis. Benigne blennorrhoische, Blind 737.
Endotheliome, Mariani 870.
*Entzündliche u. urtikarielle Hautreaktion, Šamberger 739, 763, 791, 947, 976, 999.
Epidermis d. Menschen. Zellen nervöser Art in der, Häggquist 802.
— u. Eleidokeratinbildung. Feinerer Bau d. menschlichen, Martinotti 806.
— Bedeutg. d. Herxheimerschen Fasern in der, Kottmaier 727.
Epidermisfibrillen. Malpighische Schicht u. Produktion der, Martinotti 806.
Epidermolysis bullosa, Sibley 1109.
— — hereditaria. Milienartige Gebilde u. elast. Fasern bei, Sakaguchi 1154.
Epididymitis, Deferenitis blennorrhagica ohne, Marziani 736.
— Biersche Methode b. blennorrhoischer, Wilson 736.
— Chirurg. Bhdlg. der, Cumston 736.
— Vakzine v. Besredka b. blennorrhoischer, Dopter 736.
Epithelwucherungen b. Hühnerembryonen. Experim. Erzeugung von, Waelsch 834.
Epitheliom d. Hand. Primäres, Fox 654.
— am r. Schenkel, Little 1108.
Epitheliome. Basozelluläre zystische, Mariani 870.
Epithelioma adenoides cysticum (?). Multiples Ulcus rodens oder, Little 865.
Epitheliomatoide Zerstörung d. Haut d. r. Gesichtshälfte, Stringher 1156.
Erfrierung, Csillag 925, Riehl 926, Fearnsides 689.
Erfrierungen. Wasserdichte Fußbekleidung und, Glasewald 926.
— Bhdlg. der, Wittek 926.
— Bhdlg. schwerer, Pranter 925.
— v. Fingern u. Zehen. Bhdlg. der, Bundschuh 926.
Erysipel. Ammoniumkarbonat bei, Aja 750.
Erythem merkuriellen Ursprungs. Skarlatiniformes, Grado 749.
— Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit, Silberknopf 969.
Erythema, chron. migrans, Kerl 928.
— exsudat. solare, Samberger 937.
— gyratum recurrens, Eddowes 868.
— induratum, Pernet 1107.
— — m. Überempfindlichkeit d. Haut gg. Tuberkulin, Frumerie 1032.

Digitized by Google

Erythema multiforme (?). Persistentes noduläres, MacCormac 865.
— — Ätiologie u. Bedeutg. des, Civalleri 928.
— nodosum, Hegler 937.
— — Ätiologie des, Schumacher 938.
— — u. Tuberkulose. Gemeinschaftl. Auftreten von, Foerster 938.
— — u. tuberkul. Septikämie, Landouzy 938.
— pernio (?), Lupus erythematosus, Sibley 865.
— perstans faciei m. Ausgang in Atrophie. Rezidivierendes, Kreibich 1024.
Erythrodermia exfoliativa. Lichen ruber acuminatus universalis mit, Werther 1024.
Erythromelalgie m. Raynaudschem Symptomenkomplex, Radenič io 897.
— Falsche, Weber 1110, 1129.

*Favus, Im Deutschen Reiche autochthon entstandener, Goldkraut 1067.
— d. Kopfes u. Stammes, Sequeira 1110.
— d. unbehaarten Haut, Dore 894.
— — — — Kulturen von, Dore 1109.
Feldlazarett 6 des VI. A.-K., Kayser 906.
Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens der Akademie für praktische Medizin in Köln, 1132.
Fettbauchbildung am Handrücken, Hoffmann 1152.
Fett-Transplantation b. chirurg. Bhdlg. im Urogenitaltraktus, Kolischer 871.
Finsenbehandlung b. Lupus tuberculosus, Azúa 1030.
— bei Pocken, Würtzen 991.
Fistel s. Vulvoperineal-Urachusfistel.
Fleckfieber s. Flecktyphus.
Flecktyphus, Jürgens 965, Curtius 966.
— und Blattern, Reisinger 965.
— u. Rückfallfieber, Mühlens 965.
— Epidemiologie u. Klinik des, Lindner 965.
— Maculae caeruleae bei, Kreibich 966.
— Bakteriologie des, Wilder 966.
— Bakteriolog. Befunde bei, Petruschky 966.
— Wasserm. Reaktion bei, Delta 969.
— Neue diagnost. Hilfsmittel bei, Ghon 967 (Bis).
— Diagnose u. Prophylaxe des, Klemperer u. Zinn 967, Pisek 968.
— Prophylaxe des, Blaschko 968.
— Persönl. Prophylaxe gegen, Kraus 968.
— u. d. Läuse. Bekämpfung des, Mense 968.
Fliege. Veränderg. dch. d. Biß der schwarzen, Stokes 651, 652.
Fluor b. Weibe. Puderbhdlg. des, Oppenheim 717.
— albus. Levurinose bei, Hirschfeld 718.
Fluß. Verursachen sterile Tripperfäden weißen, Orlowski 719.
Follikels. Kinnhaare m. e. Talgdrüse im Inneren des, Giovannini 803.
Follikulitis decalvans et atrophicans, Little 1109, 1129.
— — Lichen spinulosus und, Dore 1132.
Friedmannsches Mittel s. Lupus.
Frostbeulen. Bhdlg. der, Schwering 925.
Fulgurationsbehandlung gewisser Neubildungen, Tyler 799.
Furunkulose u. Staphylokokkenvakzine, Gimeno 753.
Füße. Versorgung wunder, Dreist, 925.
— s. Bullöse Eruption, Narbenschmerzen.

Gärtner, Buchsbaumdermatitis b. einem, Oppenheim 924.
Galaktosurie b. M. Basedowi. Alimentäre, Szél 695.
Gangrän b. e. 16 M. alten Kinde. Trockene Zehen-, Sequeira 868.
Gastrointestinaler Läsionen. Störgn. d. Hautfunktion als Ursache, Puntoni 822.
Geburtenrückgang u. Geschlechtskrankheiten, Blaschko 820.
Geisteskranken. Abnormitäten u. Krankheiten d. Haut bei, Vidoni u. Gatti 826.
Gelbfärbung d. Haut dch. Pikrinsäure, Pernet 1109.
Genitalien. Blennorrhoische Krankheiten der weiblichen, Pontoppidan 732.
*Genitalia interna. Gonorrhoe der weiblichen, Pontoppidan 843.
Genitalorgane. Therapie akuter u. chronischer Entzündgn. der, Birnbaum 716.
Geschlechtskranke in Charlottenburg. Fürsorgestelle für, 1034.
Geschlechtskranken Soldaten. Bhdlg. der, 1103.
*— Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber, Lieske 1119.
Geschlechtskranker Soldaten im Kriege. Bhdlg., Stern 881.
Geschlechtskrankheiten unter das Reichsseuchengesetz. Unterstellung der, Flesch 778.
— Prostitution und, Bierhoff 820.
— Geburtenrückgang und, Blaschko 820.
— auf Gesundheit u. Fruchtbarkeit der Frau. Einfluß der, Flesch 777.

Digitized by Google

Geschlechtskrankheiten. Verhütung der, Hoffmann 726.
— Moralität d. Prophylaxe der, Bachmann 818.
— u. ihren üblen Folgen? Wie schützen wir uns vor den, Block 1080.
— Abgabe v. Mitteln gegen, 992.
— Verhandlungen d. 12. Jahresversammlung der D.G.B. der, 777.
— Jahresversammlung d. D. G. z. Bekämpfung der, 1088.
— Kampf gg. die, Jonescu 818, Wolff 818.
— Bhdlg. der, Medlroy 819.
— Ionisierungsverfahren bei, Savill 733.
— Krieg und, Klausner 930.
— im Kriege u. Frieden, Haut- und, Dreuw 1026.
— Krieg, Prostitution und, Pasini 869, Neisser 928.
— aus dem Kriege? Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gg. die, Blaschko 657.
— ziehen? Welche Lehren können wir aus den wd. des Krieges gewonnenen Erfahrungen f. d. weiteren Kampf gg. die, Neisser 1089.
— b. Kriegsteilnehmern. Haut- und, Brinitzer 904.
— in den Heeren. Geschlechtsleben und, Touton 930.
— b. d. im Felde stehenden Truppen. Neisser 994.
— im Felde. Prophylaxe der, Mendel 882, Erwiderung Buschke 882.
— i. d. Armee. Vorbeugung der, Krzysztalowicz 882.
— u. einiger parasit. Hautkrankheiten im Heere. Bekämpfg. der, Sachs 810.
— im Felde. Bhdlg. d. Haut- und, Gennerich 673.
— im Felde. Bhdlg. von, Zieler 928.
— im Kriege. Bekämpfung der, Fischer 778, Buschke 929, Blaschko 1088.
— s. Lehrbuch.
Geschlechtsleben u. Geschlechtskrankheiten in den Heeren, Touton 930.
— u. seine Gefahren, Uhl 1112.
Geschlechtsverkehres. Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bzgl. d. Gefahren des, Reh u. Heuck 1026.
Geschlechtszellen. Entstehg. u. Bedeutg. der, Nußbaum 803.
Geschwür s. Haut-, Zungengeschwür.
— n. Röntgenbestrahlung. Persistierendes, Little 1109.
Geschwulst s. Basalzellen-, Harnblasengeschwulst, Gewächs, Neubildungen, Tumor.
Gesicht s. Epitheliomatoide Zerstörung, Erythema perstans, Lupus.
Gewächs s. Hautgewächs, Geschwulst, Neubildungen, Tumor.
Gewerbekrankheiten d. Haut, Oppenheim 924, Oppenheim u. Neugebauer 925.
Glans penis. Totale Spaltung der, Rosenwald 800.
Glasergehilfen. Progrediente Ätznatronwirkg. a. d. Nägel eines, Oppenheim 924.
Glossitis d. Zungenrückens. Mediane rhombische, Jourdanet 1114.
Glykosurie. Physiolog. Pathologie der, Macleod 714.
— b. Menschen. Adrenalin-, Landau 714.
— Phloridzin-, Eber 715.
Goldbergerpreis 1178.
Gonargin b. blennorrh. Komplikationen, Herrmann 756.
Gonargintherapie, Schumacher 756.
Gonaromat, Friedländer 756.
Gonokokkus, Forgeot 718.
— an Affen. Impfungen m. dem, Reenstierna 729.
— gg. Temperaturen v. 45° u. 50°. (Diathermieströme.) Widerstandsfähigkeit des, Santos 809.
Gonokokken. Uranoblen bei, Glück 721.
— Pyelonephritis durch, Gayet 737.
— Einfluß reduzierender Substanzen a. d. Sauerstoffgehalt der, Schumacher 1035, 1054.
Gonokokkenkulturen. Umgehung d. Schwierigkeiten d. Verpflanzg. bei, Ohlmacher 810.
*Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberos. tibiae) im Verl. e. akuten Gonorrhoe. Seltene, Klausner 723.
Gonokokkenvakzine b. Blennorrhoe, Corbus 780.
— Intraven. Anwendg. der, Menzer 784, Bruck 784.
— Diagnost. Verwertbarkeit der, Bruhns 761, Decastro 762.
— b. chron. blennorrh. Arthritis, Sémionov 735.
— b. blennorrh. Frauenleiden, Runge 732.
— b. Vulvovaginitis kl. Mädchen, Comby u. Condat 734.
— Menzer b. Blennorrhoe, Becker 780.
— Haltbare u. nicht toxische, Nicolle u. Blaizot 782.
— v. Nicolle u. Blaizot, Bar u. Lecqueux 733, Müller u. Bender 783, Reenstierna 783.

Digitized by Google

*Gonorrhoe. Seltene Gonokokkenmetastase im Verl. e. akuten, Klausner 723.
*— d. weibl. Genitalia interna, Pontoppidan 843.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Tripper, Urethritis.
Gonorrhoica s. Vulvovaginitis, Blennorrhagica, Blennorrhoica.
Granulom. Noch nicht beschriebenes, Corbett 866.
Grotan. Dieckmann 851.

Haare m. e. Talgdrüse im Innern d. Follikels. Kinn-, Giovannini 803.
— s. Haupt-, Kopfhaare.
Haematopinus suis. Eier von, Sequeira 868.
Hämaturie. Diagnostik u. Therapie der, Portner 695.
— Essentielle, Braasch 696.
Hämaturien. Renale, Datyner 696.
Hämaturieerkrankung d. Kapillaren d. Markteiles. Einseitige, Baum 696.
Hämoglobinurie. Marsch-, Porges u. Strisower 697.
— Leukämische Lymphomatose bei paroxysmaler, Gáli 697.
Hämophilie u. heredit. Syphilis, Rille 1083.
— s. Bluterkrankheit.
Hämorrhagien n. Kalomel. Multiple, Favento 921.
Hämotherapie d. Lepra. Auto-, Cavazzoni 1008.
Hand s. Bullöse Eruption, Epitheliom, Narbenschmerzen, Ringworm, Tuberkulosen.
Handrücken. Fettbauchbildung am, Hoffmann 1152.
Handteller s. Hyperidrosis.
Harn. Eiter im, Pedersen 672.
Harns b. Tripper. Azidität des, Regnauld u. Cottin 718.
Harnblasendivertikel, Fischer 656.
Harnblasenektopie. Operation der, Hagentorn 823.
Harnblasengeschwülste u. ihre Bhdlg. dch. Elektrokoagulation. Zystokopische Diagnostik der, Thelen 1134.
Harnblaseninkontinenz. Operative Bhdlg. der, Frangenheim 1134.
Harndiagnostik. Fortschritte in der, Freund 669.
— Entwicklg. d. klinischen, Ebstein 773.
Harnniederschlages m. d. Tuschsystem. Untersuchg. des, Detre 671.
Harnprobe f. Karzinom- u. Sarkomdiagnose, Klein u. Walker 671.
Harnröhre. Längenmessung d. weiblichen, Salmony 726.
— Hutnadel in der männlichen, Wollbarst 873.
Harnröhrendivertikel b. Weibe, Jarecki 657.
Harnstauung u. Niereninfektion, Hartung 670.
Harnstoffbestimmung. Volumetrische quantitative, Jolles 691.
— im Urin f. d. Praxis. Quantitative, Hahn u. Saphra 691.
Harnuntersuchung. Methodik der, Mayer 693.
Harnuntersuchungen. Prakt. Konsequenzen aus 8000, Muhlberg 670.
Harnverhaltung dch. Morphin. Akute, Czapek u. Wassermann 670.
Harnwege. Urotropin als Desinfiziens der, Hoest 671.
— Hg. oxycyan. z. Desinfektion der, Schuhmacher 726.
Harnzylinder. Bildung der, Santos 691.
— Mikroskop. Prüfung auf, Kühl 691.
Haupthaar u. seine Bildungsstätte. Das, Fritsch 1044.
Haupthaaranlage. Menschliche, Fritsch 1044.
Haut d. Frau. Einfluß d. neuen Sitten a. d. Pathologie der, Brocq 821.
Hautdefekt dch. Bleiplatte geheilt. Ausgedehnter, Ledo 750.
Hautdefekte. Überhäutung großer, Polland 837.
— m. Scharlachrotsalbe. Bhdlg. verschiedener, Tscherkassow 837.
Hautdrüsensekrete b. d. asept. Chirurgie. Bakteriolog. Bedeutg. der, Ozaki 825.
Hauteiterungen. Renale u. perirenale Eiterungen nach, Martelli 690.
Hautfunktion als Ursache gastrointestinaler Läsionen. Störungen der, Puntoni 822.
Hautgeschwüre. Blaulichtbhdlg. tuberkulöser, Thedering 1029.
Hautgewächsen. Austrocknungsmethode b. kongenit. u. späteren, Clark 836.
Hautkälte d. Extremitäten. Dermotherma b. organ. u. funktioneller, Dregiewicz 825.
Hautkrankheiten, Ledermann u. Misch 821.
— u. Ehe, Ledermann 819.
— Nah- u. Fernresultate d. Röntgentherapie b. einigen infiltrativen, Pasini 830.
— im Kriege u. Frieden. Geschlechts- und, Dreuw 1026.
— b. Kriegsteilnehmern. Geschlechts- und, Brinitzer 904.

Digitized by Google

Lepra, Brien 1006.
— in Amerika 1162.
— in Tunis, Eichmüller 1006.
— Tuberkulose und, Lie 1006, Deycke 1157.
— universalis. Pathol.-anatom. Beobachtungen über, Fambri 1007.
— Bakteriologie der, Johnston 1008.
— kontagiös? Ist die, Sauton 1007, Audry 1007.
— d. Kaninchenauges. Experimentelle, Stanziale 730, 1007.
— Autohämotherapie der, Cavazzoni 1008.
— Intravenöse Jodoforminjektionen bei, Courtney 1009.
— Nastin bei, Scott 1008.
Leprabazillus. Wirkung des Radiums a. den, Verteuil 1008.
Lepraheim in Memel 674.
Leprakranke zu sorgen u. sie zu kontrollieren. Pflicht der Regierung für, Dyer 1006.
Leprosorium in Illinois 674.
Leprosoriums. Notwendigkeit d. Errichtg. e. staatlichen, Rucker 1006.
Leprosorien in Amerika 674.
Leukämie. Hautveränderungen b. lymphatischer, Kreibich 1024.
Leukämisch s. Lymphomatose.
Leukozyteneinschlüsse, Döhlesche 939.
Levurinose s. Fluor albus.
Lichen planus, Heath 1110.
— — Miliarer, Pels 653.
— — v. ungewöhnl. Chronizität, Sequeira 895.
— — atrophicus s. sclerosus, s. morphoeicus, Stowers 1131.
— — circinatus et atrophicus, Eddowes 1132.
— — hypertrophicus m. Exkoriationen, Dore 866.
— — linearis, Little 1132.
*— ruber planus. Histolog. Untersuchgn. an mit Arsen behandeltem, Hodara 699.
— — — Blasen bei, Tamm 1023.
— — acuminatus universalis m. Erythrodermia exfoliativa, Werther 1024.
— sclerosus u. Sclerodermia circumscripta, Bizzozero 1152.
— scrophulosorum b. Erwachsenen, Adamson 1108.
— spinulosus, Little 868.
— — u. Folliculitis decalvans, Dore 1132.
*Lichenformen. Z. Kenntnis der, Born 643.
Licht s. Ultravioletten, Blau-, Quarzlampenlicht.
Lichttherapie. Gegenwtg. Stand der, Peyri 839.
Lider. Alopecia areata d. Kopfes u. d. l. Augen-, Dore 866.
Lupus. Geschwulstartige Form des, Fischer 725.
— b. Kindern, Barber 1031.
— Tuberkelbazillen-Partialantigene bei, Adam 1030.
— Friedmannsches Mittel bei, Starke 1031.
— m. Kupfersalvarsan. Intraven. Bhdlg. des, Fabry 1031.
— Modifik. d. Technik d. Photo-Radiotherapie des, Milani 1029, 1030.
— Ulsanin b. Gesichts- und Nasen-, Leonhard 1032.
Lupus erythematodes, Pernet 867.
— — (?) Erythema pernio, Sibley 865.
— — d. Finger u. L. pernio d. Nase, Abraham 866.
— — Blutbild b. chron. u. akutem, Spiethoff 729.
— — diffusus ohne Erfolg m. Tuberkulin bhdlt., Ravogli 748.
— erythemato-tuberculosus. Skarifikationen u. Pyrogallussäure bei, Gimeno 751.
*— follicularis disseminatus, Nobl 1163.
— nodularis im Gesicht, verrucosus et elefantiasticus am l. Beine u. Fuße Trombadore 1156.
— pernio d. Nase. Lupus erythematosus d. Finger und, Abraham 866.
— tuberculosus. Heliotherapie u. Aurum-Kalium cyanatum bei, Aja 751.
— — Payrsche Operation bei, Aja 752.
— — Finsentherapie bei, Azúa 1030.
— vulgaris. Neue Bhdlgsmethode für, Heidingsfeld 1031.
Lupusbehandlung. Moderne Methoden der, Alexander 1030.
Lymphadenom m. Hautläsionen, Sibley 689, 868.
Lymphomatose b. paroxysmaler Hämoglobinurie. Leukämische, Gáli 697.

Maculae caeruleae b. Typhus exanthematicus, Kreibich 966.
Madura-Fuß, Semon 1130.
Maisernährter Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser. Hypersensibilität, Rondoni 901.
Maisextrakte. Überempfindlichkeit d. Pellagrakranken für die, Volpino 901.
Maiskost b. Gesunden u. Pellagrakranken, Albertoni u. Tullio 901.
Malaria. Hauterscheinungen bei, Chimisso 823.

Digitized by Google

Masern. Statistik der, Neumann 938.
— Latenzstadium der, Löwenberg 962.
— Säuglings-, Lichtenstein 963, Steinschneider 963.
— Prophylaxe der, Ruhräh 963.
— Vorteile u. Nachteile v. Quarantänespitälern wegen, Graham 964.
— Methode von Milne bei, 942, 943.
Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser. Hypersensibilität maisernährter, Rondoni 901.
— Inokulation normal. u. syphil. Gewebe auf, Campana 1156.
Melanokarzinom s. Schweißdrüsenmelanokarzinom.
Meningitis. Exanthem b. Meningokokken-, Gruber 964.
— cerebrospinalis m. bes. Berücksichtgg. d. Herpes. Hauterscheinungen bei, Scherber 1152.
Mercurialis s. Stomatitis.
Merkuriellen Ursprungs. Skarlatiniformes Erythem, Grado 749.
Mikrosporon Audouini. Kerion Celsi durch, Lewandowsky 1154.
Mikrosporonarten in Hamburg. Trichophyton- und, Lewandowsky 1154.
Milienartige Gebilde b. Epidermolysis bullosa hereditaria, Sakaguchi 1154.
Militärarzt. Zwei therap. Erfordernisse für den, Ullmann 1034.
Mineralwässer b. Hautkrankheiten, Jourdanet 838.
Mineralwasserbehandlung d. squamösen Dermatosen, Peyri 838.
Möller-Barlowsche Krankheit 921.
Molluscum contagiosum, Macleod 688.
Morbilloid, Wick 963.
Morphiuminjektionen. Blaufärbung d. Haut dch. subkutane, Weber 1131.
Morphoea, Pernet 1131.
— guttata, Bunch 690.
Mundschleimhaut s. Tuberkulose.
Mundschleimhautentzündungen, Williger 929.
Mykosis fungoides, Covisa 753.
— — nach Röntgenbehandlung, Little 1130.
Myxödem b. e. Syphilitiker, progress. Paralyse vortäuschend. Chron. Thyreoiditis u. abortives, Massary 1173.
Myzetoma pedis, Semon 1155.

Naevus anaemicus, Nanta u. Lavau 869, Vörner 1153.
— angiomatosus. Kohlensäureschnee bei, Ledo 750.
— epitheliomatosus sebaceus capitis, Friboes 727.
Naevus linearis, Corlett 895.
— — b. Mutter u. Kind, Samuel 1108.
— s. Schweißdrüsennävus.
Nävustumoren. Pigmentierte, Mariani 870.
Nagels. Verhornung des, Martinotti 803.
— Bhdlg. des eingewachsenen, Loewe 925.
Nägel e. Glasergehilfen. Progrediente Ätznatronwirkg. a. die, Oppenheim 924.
Nagelkrankheiten. Seltene, Strandberg 726.
Nagelveränderungen b. Kapsel- u. Patronenarbeiterinnen. Oppenheim 924.
Narben. Altersbestimmung von, Marchand 833.
— s. Hautnarben.
Narbenschmerzen b. Durchschüssen v. Hand u. Fuß. Zirkumskripte, Deutsch 1033.
Nase s. Lupus, Lupus pernio.
Nastin s. Lepra.
Neger s. Syphilis I A.
*Nekrolog für Lucien Jacquet, Bloch 745.
*— — Paul Ehrlich, Delbanco 907.
*— — Felix Martin Oberländer, Posner 1061.
Neokharsivan 722.

Neosalvarsan.

(Siehe auch Syphilis I L.)

I. Allgemeines.

Neosalvarsan. Verändergn. d. Spinalflüssigkeit nach, Biach, Kerl u. Kahler 832.
— a. d. Speichelsekretion. Einfluß des, Obregia u. Popea 878.

II. Therapie.

Neosalvarsan b. verschiedenen Krankheiten, Branden u. Dubois 878.

III. Dosierung und Technik.

Neosalvarsan b. Luftabschluß u. -zutritt. Zubereitung von, Mistiaen 878.
*Neosalvarsananwendung. Technik der, Stern 1040.
Neosolvarsaninjektionen. Konzentrierte, Martinotti 878, Le Damany 878.
*— Konzentrierte Salvarsannatrium- und, Schumacher 860.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Neosalvarsan a. d. Haut. Ungewöhnl. Wirkg. von, Sheldon 878.

Digitized by Google

Hautkrankheiten im Felde. Bhdlg. d. Geschlechts- und, Gennerich 673.
— s. Parasitäre, Squamöse H. (Dermatosen), Geisteskranken, Hysterie, Toxämien.
Hautnarben. Neubildg. d. elast. Fasern in, Marchand 833.
Hautpilze. Kulturelle Entwicklg. der, Calzabou 806.
*Hautreaktion. Entzündl. u. urtikarielle, Šamberger 739, 763, 791, 947, 976, 999.
Hautsarkome. Spindelzellen-, Mariani 870.
Hauttransplantation m. eigenartg. Resultat, Strandberg 1152.
Hauttransplantationen. Verwendg. v. kleinen dicken, Davis 837.
— b. ambul. Bhdlg. v. Ulzerationen, Davis 837.
— s. Hautverpflanzung.
Hauttuberkulide b. Kinde. Kleinpapulöse, Feer 1027.
Hauttuberkulose. Heliotherapie bei, Vidal 1029.
— Papulöse, Šamberger 1027.
Hautverpflanzungen. Hyperämie b. auto- u. homoplastischen, Bertone 832.
— s. Transplantation.
Hegonon s. Blennorrhoe.
Heiratsfähigkeit nach Tripper, Portner 718.
Heiße Luft b. Verbrennungen, Stoppato 926.
Heliotherapie s. Hauttuberkulose, Lupus tuberculosus, Tuberkulosen.
Helix. Knötchenförmige Erkrankg. am, Winkler 729.
Herpes genitalis, Rostaine 928.
— b. Meningitis cerebrospinalis, Scherber 1152.
Herpes zoster am 3. u. 8. l. Dorsalsegment. Gleichzeitiger, Little 1108.
— — Ansteckungsfähigkeit des, Dörge 927.
— — Bhdlg. des, Althoff 928.
— — als Arsenikfolge, Finlay 652.
— — n. Schußverletzung eines Nerven, Tschermak 1025.
Herxheimerschen Fasern i. d. Epidermis. Bedeutg. der, Kottmaier 727.
Hochfrequenzbehandlung v. Papillomen, Lohnstein 772.
Hodenverlagerung inf. Traumen, Hawkins 777.
Höhensonne. Künstliche, Hindenberg 842.
Hutchinsons Sammlung 722.
Hydrozele d. Samenstranges, Lockwood 714.
Hyperämie b. auto- u. homoplast. Hautverpflanzungen, Bertone 832.
Hyperidrosis palmaris, Adamson 868.
Hyperkeratosis blennorrhoica, Lange 737.
Hypernephrom. Renales, Kelsall 799.
Hypertrichose. Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen bei, Gunsett 840.
Hypertrichosis circumscripta congenita d. Wirbelsäule ohne Spina bifida, Vignolo-Lutati 871.
Hypothyreosis. Alopezie bei, Montgomery 748, Petersen 725.
Hysterie. Dermatosen bei, Antoni 824.
*Hysterischen. Simulationsfall v. Gesichtsulkus bei einer, Marx 883.

Impfschädigungen, Göppert 1005.
Impfstoffes. Brauchbarkeit des mit Äther behandelten Kuhpocken-, Voigt 1005.
Impfverfahren. Winke für das, Dyer 992.
Impfung gg. Varizellen. Technik der Schutz-, Kling 969.
— in Bayern 1913. Schutzpocken-, Groth 991.
— Diabetes mellitus und, Ziffer 992, Voigt 1004.
Impfungen anläßl. d. Pockenfälle in Aarau. Verlauf d. Militär-, Remund 992.
Indikanbestimmung im Harn. Quantitative, Natonek 697.
Indikanreaktion. Neue, Jolles 697.
Inneren Sekretion a. d. Haut u. deren Adnexe. Einfluß der, Cedercreutz 824.
Internsekrete u. dermatolog. Affektionen, Morris 824.
Ionisierungsverfahren b. vener. Erkrankgn., Savill 733.
Iritis u. Arthigon, Kreibich 732.

*Lucien Jacquet †, Bloch 745.
Jod b. akuter u. chron. Blennorrhagie. Kolloidales, Beyler 757.
— im Urin. Nachweis von, Ehrmann 691.
Jods. Therapeut. Wirkg. des, Jobling u. Petersen 851.
— Unterschiede i. d. Ausscheidg. u. Ausnutzung des, Moos 852.
Joddämpfe b. Blennorrhoe. Odstrčil 738.
Joddarreichung b. Hg.-Anwendung am Auge. Gefährlichkeit der innerlichen, Grumme 853.

Digitized by Google

Jodeiweißpräparat Testijodyl 853.
Jodkalium. Wirkung d. gelben Hg.-oxydsalbe im Konjunktivalsack b. inn. Darreichg. von, Daneff 1152.
Jodkuren dch. Kalkabgaben. Vermeidg. der Nebenwirkungen bei Brom- und, Frey 852.
Jodtherapie. Intravenöse, Klemperer 852.
Jodismus ein Gumma d. Augenlides vortäuschend. Knoten-, Stephenson 932.
Jodoforminjektionen b. Lepra. Intravenöse, Courtney 1009.
Johns Hopkins Hospital 698.
Jucken s. Koprajucken.
Juden. Nichtsyphilit. Arteriitis obliterans bei, Weber 1110.

Kalkariurie d. Kinder 694.
Kampfer i. d. Dermatologie. Synthetischer, Kaufmann 726.
Kaninchens u. ihre frühzeitige Erkennung. Die Erscheinungen an der variolierten Hornhaut des, Paul 988.
Kaninchenauges. Experim. Lepra des, Stanziale 730, 1007.
Kankroid. Kraurosis und, Teuffel 717.
Kankroiden. Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen bei, Gunsett 840.
Kapselarbeiterinnen. Nagelveränderg. b. Patronen- und, Oppenheim 924.
Karzinom, Tbc. u. Syphilis bei einem Individuum, Kellert 1081.
— s. Melanokarzinom, Krebs.
Karzinoma vulvae. Radium bei, Olion 717.
Karzinomdiagnose. Urinprobe f. Sarkom- und, Klein u. Walker 671.
Kaviblentherapie, Sommer 720.
Keratoderma. Allgem. kongenitales, Burns 748.
Keratohyalin, Kreibich 729.
Keratose s. Arsen-, Röntgenstrahlenkeratose.
Kerion Celsi dch. Mikrosporon Audouini, Lewandowsky 1154.
Kharsivan 722.
Kindesalter s. Blennorrhoe, Hauttuberkulide, Kalkariurie, Lupus, Pellagra, Pemphigus, Pyelozystitis, Skorbut, Tuberkulinreaktion, Vulvovaginitis.
Kohlensäureschnee. Bhdlg. mit, Novotný 853.
— b. Naevus angiomatosus, Ledo 750.
— b. gr. vegetierender Warze, Ledo 750.
Komplementbindung b. Variola, Klein 990, Kouschegg 990 (Bis).
— b. parasitären Hautkrankheiten, Kolmer u. Strickler 831.
— s. Wassermannsche Reaktion.
Konjunktivitis. Metastatische blennorrhoische, Manolescu 731.
— blennorrhoica. Äthylhydrokuprein bei, Puscariu 731, 732.
Kopfes u. d. l. Augenlider. Alopecia areata des, Dore 866.
— u. Stammes. Favus des, Sequeira 1110.
Kopfhaare aus unbekannter Ursache. Wachstumsstillstand der, Little 866.
Kopfhaut. Tinea trichophytica der, Botelli 871.
— b. Erwachsenen. Tinea Mikrosporon der behaarten, Oliver 984, Kulturen davon, Sequeira u. Oliver 1110.
Kopra-Jucken. Akarus bei, Whitfield 1107.
Koprastaub. Akute Dermatitis durch, MacLeod 984.
Kosmetik, Saalfeld 1157.
— u. Anatomie, Saalfeld 836.
— Seife, Creme u. Puder in der, Damman 856.
Kosmetische Rücksichten i. d. operat. Chirurgie, Sternberg 1034.
Kraurosis u. Kankroid, Teuffel 717.
Krebskonferenz. IV. internationale, 826.
Krieg, Prostitution u. Geschlechtskrankheiten, Pasini 869, Neisser 928.
— Sexualpädagogik im Frieden und Krankheitsverhütung im, Touton 1034.
— Dermatolog. Erfahrgn. im, Krzysztalowicz u. Walkowski 1033.
— s. Geschlechtskrankheiten, Hautkrankheiten, Parasitäre Hautkrankheiten, Röntgenstrahlen, Sommerhautkrankheiten, Urologie, Urologisches.
Kriegsaphorismen eines Dermatologen, Unna 1026.
Kriegsdermatosen. Bhdlg. der, Bruck 905.
Kriegsseuche. Pocken als, Friedberger 969.
Kriegsseuchen. Epidemiologie der, Reisinger 965.
Kupferbehandlung der Tuberkulose u. Chemotherapie, Strauß 1029.
Kupfersalvarsan. Intraven. Bhdlg. des Lupus mit, Fabry 1031.

Läuse. Bekämpfg. des Fleckfiebers u. der, Mense 968.
Läuseplage. Bekämpfg. der, Hoffmann 726, Dreuw 895.
Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten, Joseph 895.

Digitized by Google

Lepra, Brien 1006.
— in Amerika 1162.
— in Tunis, Eichmüller 1006.
— Tuberkulose und, Lie 1006, Deycke 1157.
— universalis. Pathol.-anatom. Beobachtungen über, Fambri 1007.
— Bakteriologie der, Johnston 1008.
— kontagiös? Ist die, Sauton 1007, Audry 1007.
— d. Kaninchenauges. Experimentelle, Stanziale 730, 1007.
— Autohämotherapie der, Cavazzoni 1008.
— Intravenöse Jodoforminjektionen bei, Courtney 1009.
— Nastin bei, Scott 1008.
Leprabazillus. Wirkung des Radiums a. den, Verteuil 1008.
Lepraheim in Memel 674.
Leprakranke zu sorgen u. sie zu kontrollieren. Pflicht der Regierung für, Dyer 1006.
Leprosorium in Illinois 674.
Leprosoriums. Notwendigkeit d. Errichtg. e. staatlichen, Rucker 1006.
Leprosorien in Amerika 674.
Leukämie. Hautveränderungen b. lymphatischer, Kreibich 1024.
Leukämisch s. Lymphomatose.
Leukozyteneinschlüsse, Döhlesche 939.
Levurinose s. Fluor albus.
Lichen planus, Heath 1110.
— — Miliarer, Pels 653.
— — v. ungewöhnl. Chronizität, Sequeira 895.
— — atrophicus s. sclerosus, s. morphoeicus, Stowers 1131.
— — circinatus et atrophicus, Eddowes 1132.
— — hypertrophicus m. Exkoriationen, Dore 866.
— — linearis, Little 1132.
*— ruber planus. Histolog. Untersuchgn. an mit Arsen behandeltem, Hodara 699.
— — — Blasen bei, Tamm 1023.
— — acuminatus universalis m. Erythrodermia exfoliativa, Werther 1024.
— sclerosus u. Sclerodermia circumscripta, Bizzozero 1152.
— scrophulosorum b. Erwachsenen, Adamson 1108.
— spinulosus, Little 868.
— — u. Folliculitis decalvans, Dore 1132.
*Lichenformen. Z. Kenntnis der, Born 643.
Licht s. Ultraviolettes, Blau-, Quarzlampenlicht.
Lichttherapie. Gegenwtg. Stand der, Peyri 839.
Lider. Alopecia areata d. Kopfes u. d. l. Augen-, Dore 866.
Lupus. Geschwulstartige Form des, Fischer 725.
— b. Kindern, Barber 1031.
— Tuberkelbazillen-Partialantigene bei, Adam 1030.
— Friedmannsches Mittel bei, Starke 1031.
— m. Kupfersalvarsan. Intraven. Bhdlg. des, Fabry 1031.
— Modifik. d. Technik d. Photo-Radiotherapie des, Milani 1029, 1030.
— Ulsanin b. Gesichts- und Nasen-, Leonhard 1032.
Lupus erythematodes, Pernet 867.
— — (?) Erythema pernio, Sibley 865
— — d. Finger u. L. pernio d. Nase Abraham 866.
— — Blutbild b. chron. u. akutem, Spiethoff 729.
— — diffusus ohne Erfolg m. Tuberkulin bhdlt., Ravogli 748.
— erythemato-tuberculosus. Skarifikationen u. Pyrogallussäure bei, Gimeno 751.
*— follicularis disseminatus, Nobl 1163.
— nodularis im Gesicht, verrucosus et elefantiasticus am l. Beine u. Fuße Trombadore 1156.
— pernio d. Nase. Lupus erythematosus d. Finger und, Abraham 866.
— tuberculosus. Heliotherapie u. Aurum-Kalium cyanatum bei, Aja 751.
— — Payrsche Operation bei, Aja 752.
— — Finsentherapie bei, Azúa 1030.
— vulgaris. Neue Bhdlgsmethode für, Heidingsfeld 1031.
Lupusbehandlung. Moderne Methoden der, Alexander 1030.
Lymphadenom m. Hautläsionen, Sibley 689, 868.
Lymphomatose b. paroxysmaler Hämoglobinurie. Leukämische, Gáli 697.
Maculae caeruleae b. Typhus exanthematicus, Kreibich 966.
Madura-Fuß, Semon 1130.
Maisernährter Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser. Hypersensibilität, Rondoni 901.
Maisextrakte. Überempfindlichkeit d. Pellagrakranken für die, Volpino 901.
Maiskost b. Gesunden u. Pellagrakranken. Albertoni u. Tullio 901.
Malaria. Hauterscheinungen bei, Chimisso 823.

Digitized by Google

Masern. Statistik der, Neumann 938.
— Latenzstadium der, Löwenberg 962.
— Säuglings-, Lichtenstein 963, Steinschneider 963.
— Prophylaxe der, Ruhräh 963.
— Vorteile u. Nachteile v. Quarantänespitälern wegen, Graham 964.
— Methode von Milne bei, 942, 943.
Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser. Hypersensibilität maisernährter, Rondoni 901.
— Inokulation normal. u. syphil. Gewebe auf, Campana 1156.
Melanokarzinom s. Schweißdrüsenmelanokarzinom.
Meningitis. Exanthem b. Meningokokken-, Gruber 964.
— cerebrospinalis m. bes. Berücksichtgg. d. Herpes. Hauterscheinungen bei, Scherber 1152.
Mercurialis s. Stomatitis.
Merkuriellen Ursprungs. Skarlatiniformes Erythem, Grado 749.
Mikrosporon Audouini. Kerion Celsi durch, Lewandowsky 1154.
Mikrosporonarten in Hamburg. Trichophyton- und, Lewandowsky 1154.
Milienartige Gebilde b. Epidermolysis bullosa hereditaria, Sakaguchi 1154.
Militärarzt. Zwei therap. Erfordernisse für den, Ullmann 1034.
Mineralwässer b. Hautkrankheiten, Jourdanet 838.
Mineralwasserbehandlung d. squamösen Dermatosen, Peyri 838.
Möller-Barlowsche Krankheit 921.
Molluscum contagiosum, Macleod 688.
Morbilloid, Wick 963.
Morphiuminjektionen. Blaufärbung d. Haut dch. subkutane, Weber 1131.
Morphoea, Pernet 1131.
— guttata, Bunch 690.
Mundschleimhaut s. Tuberkulose.
Mundschleimhautentzündungen, Williger 929.
Mykosis fungoides, Covisa 753.
— — nach Röntgenbehandlung, Little 1130.
Myxödem b. e. Syphilitiker, progress. Paralyse vortäuschend. Chron. Thyreoiditis u. abortives, Massary 1173.
Myzetoma pedis, Semon 1155.

Naevus anaemicus, Nanta u. Lavau 869, Vörner 1153.
— angiomatosus. Kohlensäureschnee bei, Ledo 750.
— epitheliomatosus sebaceus capitis, Friboes 727.
Naevus linearis, Corlett 895.
— — b. Mutter u. Kind, Samuel 1108.
— s. Schweißdrüsennävus.
Nävustumoren. Pigmentierte, Mariani 870.
Nagels. Verhornung des, Martinotti 803.
— Bhdlg. des eingewachsenen, Loewe 925.
Nägel e. Glasergehilfen. Progrediente Ätznatronwirkg. a. die, Oppenheim 924.
Nagelkrankheiten. Seltene, Strandberg 726.
Nagelveränderungen b. Kapsel- u. Patronenarbeiterinnen, Oppenheim 924.
Narben. Altersbestimmung von, Marchand 833.
— s. Hautnarben.
Narbenschmerzen b. Durchschüssen v. Hand u. Fuß. Zirkumskripte, Deutsch 1033.
Nase s. Lupus, Lupus pernio.
Nastin s. Lepra.
Neger s. Syphilis I A.
*Nekrolog für Lucien Jacquet, Bloch 745.
*— — Paul Ehrlich, Delbanco 907.
*— — Felix Martin Oberländer, Posner 1061.
Neokharsivan 722.

Neosalvarsan.

(Siehe auch Syphilis I L.)

I. Allgemeines.

Neosalvarsan. Verändergn. d. Spinalflüssigkeit nach, Biach, Kerl u. Kahler 832.
— a. d. Speichelsekretion. Einfluß des, Obregia u. Popea 878.

II. Therapie.

Neosalvarsan b. verschiedenen Krankheiten, Branden u. Dubois 878.

III. Dosierung und Technik.

Neosalvarsan b. Luftabschluß u. -zutritt. Zubereitung von, Mistiaen 878.
*Neosalvarsananwendung. Technik der, Stern 1040.
Neosolvarsaninjektionen. Konzentrierte. Martinotti 878, Le Damany 878.
*— Konzentrierte Salvarsannatrium- und, Schumacher 860.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Neosalvarsan a. d. Haut. Ungewöhnl. Wirkg. von, Sheldon 878.

Digitized by Google

Nephritis chron. dolorosa ohne Harnbefund, Misch 772.
— Moderne Bhdlg. der chronischen, Berlin 873.
Nervensystems a. d. Pigmentgehalt d. Haut. Einfluß des, Nehl 805.
— b. profess. Dermatitiden. Rolle des, Jourdanet 822.
Nervöser Art in der Epidermis d. Menschen. Zellen. Häggquist 802.
Neubildungen. Fulgurationsbhdlg. gewisser, Tyler 799.
— s. Gewächs, Geschwulst, Tumor.
Neugeborene s. Blennorrhoe, Ophthalmie.
Neurodermitis nodulosa, Fabry 728.
— Großknotige Form der, 728.
— verrucosa, Kreibich 729.
Neurotische Exkoriationen. Akne urticata u. andere, Adamson 688.
Niere. Hypoplast. Becken-, Schramm 657.
— Selbstausschaltung der, Bürger 872.
Nierenbecken, Bakteriensteine im, Bornemann 665.
Nierenbeckenmißbildungen usw. Klin. Bedeutg. der, Adrian u. Lichtenberg 664.
Niereninfektion. Harnstauung und, Hartung 670.
Nierenmißbildungen usw. Klin. Bedeutg. der, Adrian u. Lichtenberg 664.
Nierenstein. Riesen-, Grave 666.
Nierensteins. Nierentbc. in Form eines, Terrier 665.
Nierensteinbildung im dilat. Nierenbecken. Hypoplast. Beckenniere mit, Schramm 657.
Nierentuberkulose in Form e. Nierensteins, Terrier 665.
Nierenzysten, Paus 664.
Novarsenobenzol Billon 722.

*Felix Martin Oberländer †, Posner 1061.
Ödem. Angioneurotisches, Munger 879.
— Paroxysmales angioneurotisches, Roth 880.
Ödems. Pathologie des, Heß u. Müller 879 (Bis).
— Pathogenese d. Quinckeschen, Neúda 880.
Onychomykosis saccharomycetica, Bourgeois 1023.
Ophthalmie d. Neugeborenen. Bhdlg. der blennorrhoischen, Klébansky 721.
— Prognose d. blennorrhoischen, Hirschberg 731.
Ophthalmia neonatorum. Prophylaxe u. Bhdlg. der, Brav 721.
Orientbeule(n), Pulvermacher 1126, Abraham 1130.
Osteopathien. Blennorrhagische, Gangolphe 735, Bertein 735.
Ovariums. Anomalie d. Arterie u. Vene des, Bonn 775.

Papillom nach einer bullösen Eruption. Chronisch-septisches, Little 1129.
Papillomen. Hochfrequenzbehandlung von, Lohnstein 772.
Parakeratosis variegata, Barber 894.
Parapsoriasis vereinend. Pityriasis lichenoides chron., die 3 Typen der, Werther 727.
— en plaques, Little 868.
Parasitären Hautkrankheiten. Komplementbindung bei, Kolmer u. Strickler 831.
Parasitärer Hautkrankheiten im Heere. Bekämpfg. der vener. u. einiger, Sachs 810.
Patronenarbeiterinnen. Nagelveränderungen b. Kapsel- und, Oppenheim 924.
Pelade s. Pseudopelade.
Pellagra (?) Little 1132.
— Klin. Beobachtgn. u. experim. Untersuchgn. über, Cesa-Bianchi 900.
— m. Addisonschem Symptomenkomplex, Bertelli 900, Rubinato 900 (Bis).
— Dermatitis der, Frazer 749.
— Schilddrüse bei, Beeson 900.
— d. Kinder, Franchetti 897.
— in Antigua, McDonald 897.
— in Beßarabien, Tizzoni 897.
— in England b. e. kl. Kinde, Box 897.
— in Italien. Erforschung der, 786.
— in Minnesota, Brengle 897.
— in Nordamerika. Anwachsen der, 842.
— Ätiologie der, Rühl 898, Perroncito 899, Carbone u. Cazzamalli 900.
— Ätiologie u. Pathogenese der, Alessandrini u. Scala 898 (Bis).
— auf Affen. Übertragung von, Lavinder, Francis, Grimm u. Lorens 902.
— im Lichte d. Vitaminlehre. Prophylaxe u. Therapie der, Funk 903.
— Bhdlg. der, Voegtlin 903.
Pellagrae. Hauptcharaktere des Streptobacillus, Tizzoni u. Angelis 898.
— Bedeutg. u. Wichtigkeit d. Pleomorphismus b. d. Identifizierung u. Klassifizierung des, Tizzoni u. Angelis 902.
Pellagröser. Hypersensibilität maisernährter Meerschweinchen gg. Blutserum, Rondoni 901.
Pellagrakommission. Weitere Beobachtgn. der Thompson-McFaddenschen, Siler, Garrison u. MacNeel 898.
Pellagrakonferenz in Columbia 842.
— III. nationale, 970.

Digitized by Google

Pellagrakranken. Die Maiskost bei Gesunden und, Albertoni u. Tullio 901.
— f. d. Maisextrakte. Überempfindlichkeit der, Volpino 901.
— Isolysine u. antitrypt. Vermögen des Blutserums der, Delisi 901.
— Abderhaldensche Reaktion bei, Babes u. Jonesco 901.
Pellagrakranker. Zeinolytische Fermente im Blut, Nitzesco 901.
Pellagrogenin. Diagnost. Wert des, Volpino 902.
Pellidol 837.
Pemphigoide Eruptionen, MacLeod 1111.
Pemphigus b. e. Kinde, Scholefield 1129.
— foliaceus. Klinik u. Pathologie des, Fabry 728.
— vegetans, Pringle 866, 1128.
Pest. Elektrargol bei Pocken und, Denman 991.
Phlegmone verwundeter Soldaten. Bhdlg. der, 698.
Phosphaturie, Tanberg 698.
Phototherapie d. Lupus. Modifikat. d. Technik der Radio-, Milani 1029, 1030.
Pigmentgehalt d. Haut. Einfluß d. Nervensystems a. den, Nehl 805.
Pigmentation z. Diagnose. Universelle, Nixon 1130.
— s. Arsenpigmentation.
*Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in d. Nebennierengegend. Diffuse, Fischer u. Leschcziner 1115.
Pikrinsäure b. Verbrennungen u. Hautkrankheiten, Heusner 926.
— Gelbfärbung d. Haut durch, Pernet 1109.
Pilze d. Menschen. Parasitäre. Bodin 806.
— s. Hautpilze.
Pilzerkrankungen. Afrikanische, Joyeux 809.
Pirquetsche Reaktion s. Tuberkulinreaktion.
Pityriasis lichenoides chronica, Cohn 730.
— — — die 3 Typen d. Parapsoriasis vereinend, Werther 727.
— rosea, Little 868.
— rubra pilaris, Sequeira 1132.
— rubra pilaris b. e. Schwangeren. Barber 867.
Plasmazellen. Herkunft der, Unna 805.
Pocken Hlava 986.
— Persönl. Erlebnisse mit, Volland 969.
— als Kriegsseuche, Friedberger 969.
— im Rachen u. i. d. oberen Luftwegen. Primäres Auftreten der, Walko 989.
— Flecktyphus und, Reisinger 965.
Pocken u. pockenähnl. akute Exantheme in den Tropen, Mense 969.
— Blutbild bei, Fischer 990.
— u. d. Vakzine. Hämatologie der, Schatzmann 989.
— Komplementbindung bei, Klein 990, Kouschegg 990 (Bis).
— Theorie u. Praxis der, Schmidt 969.
— Diagnose der, Risel 970, Jochmann 987.
— Differentialdiagnose der Varizellen und, Paul 988.
— Diagnose u. Therapie der, Jochmann 987, Morawetz 988.
— u. Pockenbekämpfung Paul 988.
— Bhdlg. der, Volland 991.
— Elektrargol bei Pest und, Denman 991.
— Finsenbhdlg. bei, Würtzen 991.
Pockenähnliche akute Exantheme in den Tropen. Pocken und, Mense 969.
Pockenbekämpfung. Pocken und, Paul 988.
Pockenerreger. Reinzüchtung des, Seifert 989.
Pockenfälle in Aarau. Verlauf d. Militärimpfungen anläßl. der, Remund 992.
Pockenimpfung bei Affen, Ashburn, Vedder u. Gentry 988.
Pockennarbenbehandlung, Unna jr. 991.
Pockenprozeß Spohr-Bachem. Bemerkgn. zum, Neißer 970.
Pockenverdächtige Erkrankungen in Rabaul 1914, Kersten 969.
Pompholyx, Walsh 1128.
— s. Akropompholyx.
Präkanzeröse Bowensche Dermatose, Darier 868.
Primula obconica. Giftwirkungen von, Rost 855.
Professionellen Dermatitiden. Rolle des Nervensystems bei, Jourdanet 822.
Prostatektomie unter lokaler Narkose, Lamphear 777.
Prostituierten. Nutzen d. Reglementierung der, Müller 820.
— in Paris 1912. Ärztl. Überwachung der, Butte 820.
— Kindheit der, Schneider 1133.
Prostitution in Europa, McMurtrie 820.
— u. vener. Krankheiten, Bierhoff 820.
— aufgehoben werden? Soll die gesundheitl. Überwachung der, Rosenstein 820.
— u. Geschlechtskrankheiten. Krieg, Pasini 869, Neißer 928.
Prostitutionswesens. Neue Organisation des, Sarason 657.
Protargolsalbe. Zehnprozentige, Reißmann 853.
Pseudopelade Brocq 774.

Digitized by Google

Pseudoxanthomzellen dch. Zylinderepithelschichten. Durchbruch von, Krompecher 806.
Psoriasis gebräuchl. Medikamente. Keimtötende Wirkg. gew. bei, Schamberg, Kolmer u. Raizies 653.
Puder, Seife u. Creme i. d. Kosmetik, Damman 856.
Purpura. Intestinales Fieber mit, Bruce 904.
— Septikämische, Brodribb 904.
— Experimentelle, Ledingham u. Bedson 904.
— b. Tieren dch. Antiblutplättchenserum. Experim. Erzeugg. von, Ledingham 921.
— annularis teleangiectodes, MacKee 656, 747 (Bis).
— ecchymotica v. seltener Lokalisation, Aja 753.
— haemorrhagica, Parker 903.
— m. hämorrh. Blasen, Lindvall 904.
— recidivans orthostatica, Aja 753.
Pustula maligna, Blumenthal 1127.
Pyelitis, Frankau 667.
— Operat. Bhdlg. d. chron. rezidiv. Koli-, Lichtenberg 657.
Pyelographie. Gegenwtg. Stand der, Keene u. Pancoast 666.
— Kollargol bei, Crowell 667.
— Wirkgn. d. Kollargols bei, Eisendrath 667.
Pyelonephritis dch. Gonokokken, Gayet 737.
Pyelozystitis im Kindesalter. Ätiologie u. Diagnose der, Stiner 667.
Pyodermite végétante, Heath 1127.
*Pyrogallolvergiftung. Prophylaxe der, Bockhart 859.

Quarzlampenlichtes. Biolog. Wirkg. des, Carl 842.
Quecksilbers a. d. Lungen. Einfluß des, Ricker u. Hesse 854.
— Ausscheidg. des, Záhoř 854.
Quecksilberanwendung am Auge. Gefährlichkeit d. innerl. Joddarreichg. bei, Grumme 853.
Quecksilberoxydsalbe im Konjunktivalsack b. innerer Darreichg. v. J.-K. Wirkung der gelben, Daneff 1152.
Quecksilberresorption. Negat. Spirochätenbefund in e. syph. Schanker dch. professionelle, Lomholt 1153.
Quecksilbervergiftung. Akute, Morlot u. Zuber 855.
— Nicht gewerbliche chronische, Friedmann 855.

Rachen s. Pocken.
Radiotherapie d. Lupus. Modifik. d. Technik der Photo-, Milani 1029, 1030.
Radium i. d. Dermatologie. Simpson 841, Holding 841.
— u. Röntgenstrahlen i. d. Strahlentherapie, Newcomer 841.
— b. Carcinoma vulvae, Olion 717.
— a. d. Leprabazillus. Wirkung des, Verteuil 1008.
— b. Röntgenstrahlenkeratosen, Tonsey 927.
Radiumbehandlung 1134.
— Theorie u. Technik e. neuen, Stevenson 842.
— in „The R. Infirmary" in Edinburgh, Turner 842.
Radiumbestrahlung. Rotationsapparat für, Weckowski 841.
— Allgem. Exanthem nach lokaler, Heinecke 927.
Radiuminstitut in London, Pinck 841.
Radiumtherapie in St. Joachimsthal. Mitteilungen aus der k. k. Kuranstalt für, Dautwitz 1134.
Raynaudsche Krankheit. Asymmetrische, Montgomery u. Culver 656.
Raynaudschem Symptomenkomplex. Erythromelalgie mit, Radenićio 897.
Raynaudsches Syndrom, Achard 879.
*Reduzierender Substanzen a. d. Sauerstoffgehalt d. Gonokokken. Einfluß, Schuhmacher 1035, 1054.
Reglementierung der Prostituierten. Nutzen der, Müller 820.
Rekurrierende Eruption d. Nates u. Oberschenkel, Dore 1129.
Renale u. perirenale Eiterungen u. Hauteiterungen, Martelli 690.
Resorzinvergiftung b. äußerer Applikation, Kyrle 1151.
Rheumatoide. Dysenterische, Singer 880.
Rhinosklerombazillen. Produktion v. Antikörpern b. Versuchstieren durch, Stanziale 809.
Rhus toxicodendron. Giftwirkungen von, Rost 855.
Ringersche Lösung 880.
Ringworm d. Hand, MacLeod 868.
Röntgenaufnahme u. -durchleuchtung. Kompendium der, Dessauer u. Wiesner 985.
Röntgenbehandlung. Mykosis fungoides nach, Little 1130.
Röntgenbestrahlung. Persistierendes Geschwür nach, Pernet 1109.
Röntgenbild. Variköser Symptomenkomplex und, J. u. E. Kottmaier 1024.

Digitized by Google

Röntgendurchleuchtung u. -aufnahme. Kompendium der, Dessauer u. Wiesner 985.
Röntgenstrahlen i. d. Dermatologie, Meyer 839.
— u. Radium i. d. Strahlentherapie, Newcomer 841.
— Dosierung der, Stern 840, Gunsett 840.
— Alopezie b. Kindern inf. Überdosierung von, Stowers 1106.
— b. Kankroiden u. Hypertrichose. Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter, Gunsett 840.
— u. Distraktionsklammerverfahren im Kriege, Hackenbruch u. Berger 986.
Röntgenstrahlenkeratosen. Radium bei, Tonsey 927.
Röntgentherapie b. einigen infiltrativen Hauterkrankungen. Nah- u. Fernresultate der, Pasini 830.
Rückfallfieber. Fleckfieber und, Mühlens 965.
Runguswirkung. Dermatitis venenata als Folge von, Hornsey 924.

Saccharometerfrage. Zur, Lohnstein 715 (Bis).
Saccharomycetica s. Onychomykosis.
Säugling s. Blennorrhoe, Masern.
Salping-Oophoritiden. Intrauterine Inj. v. Argentamin b. chron. blennorrhoischen, Mussatow 733.

Salvarsan.

(Siehe auch Syphilis I. L.)

I. Allgemeines.

Salvarsan. Herstellung von, 1090.
— in Dairen. Herstellung des, 786.
— Neurotrope Wirkg. des, Löwy 876.

II. Therapie.

Salvarsan. Chemotherapeut. Versuche mit, Baum u. Herrenheiser 858.
— b. nichtsyphilit. Erkrankgn., Best 856, 857.
— b. Scharlach, Lenzmann 945, Glaser 961.
— b. Tropenkrankheiten, Seyffert 857, Grothusen 858.
— s. Kupfersalvarsan.

III. Dosierung und Technik.

Salvarsan in saurer Lösung, Törrenson 858.
*Salvarsanapplikation. Einfache Methode der, Schumacher 919, 997.
Salvarsaninjektionen. Konzentrierte, Martinotti 878.
*Salvarsannatriuminjektionen. Konzentrierte Neosalvarsan- und, Schumacher 860.

IV. Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen.

Salvarsan. Neurotrope Wirkg. des, Löwy 876.
— b. e. Nichtluetischen. Todesfall dch. akute Arsenvergiftg. nach, Lube 876.
Salvarsanintoxikation, Ullmann 876.
Salvarsanschädigung, Stümpke 876.
Neurorezidive. s. Syphilis I. J.
Samenstranges. Hydrozele des, Lockwod 714.
Sarkom s. Hautsarkom.
Sarkoma cutaneum teleangiectaticum multiplex m. Knochenaffektion, Rasch 1153.
— s. Akrosarkoma.
Sarkomdiagnose. Urinprobe f. Karzinom- und, Klein u. Walker 671.
Sauerstoff i. d. lebendigen Substanz. Reserve-, Verworn 803.
Sauerstofforte u. Reduktionsorte, Unna 661.
Schanker am Anus. Weicher, Covisa 752.
Scharlach. Klin. Diagnostik bei, Tillgren 939.
— Nachkrankheiten des, Mössmer 939.
— Erkrankg. d. Nebennieren beim, Dutoit 939.
— Ätiologie des, Bertarelli 939.
— Döhlesche Leukozyteneinschlüsse bei, Rehder 939.
— Spindelbazillen i. d. Pathologie des, Klimenko 939.
— Schwankungen d. Serumkonzentration bei, Kaiser u. Löwy 941.
— Bhdlg. des, Preisich 943, Calhoun u. Brady u. Gudgel 945, Becken 961.
— Gibt es eine erfolgreiche Bhdlg. des, Koch 942.
— Diät beim, Brückner 942.
— Methode v. Milne bei, 942, 943, Schultze u. Goldberger 942.
— Salvarsan bei, Lenzmann 945, Glaser 961.
— Humanserum u. Serumlipoide bei, Schulz 941.
— Vakzine bei, Schultze u. Goldberger 942, Kiefer u. Ferry 942.
Scharlachähnliche Eruptionen b. aseptischen Zuständen, Willson 825.
Scharlachstatistik, Barasch 938, Neumann 938.
Scharlachrotsalbe 837.

Digitized by Google

Schilddrüse u. Haut. Alterationen der, Mattioli 830.
Schönheitsmitteln. Bleivergiftung als Folge des Gebrauchs von, Robinson 674.
*Schüssen. Kontralaterale Alopezie nach Kopf-, Knack 811, 1060, Klausner 995, 1161.
— v. Hand u. Fuß. Zirkumskripte Narbenschmerzen bei Durch-, Deutsch 1033.
Schußverletzung eines Nerven. Herpes zoster nach, Tschermak 1025.
*- in der Nebennierengegend. Diffuse Pigmentierung der Haut nach, Fischer u. Leschcziner 1115.
Schwangere s. Pityriasis rubra pilaris.
Schwangerschaftsdermatose m. Ringerscher Lösung. Heilung einer, Roos 880.
*Schweigepflicht gegenüb. Geschlechtskranken. Gewissenszweifel in Fragen der, Lieske 1119.
Schweißdrüsenmelanokarzinom 1155.
Schweißdrüsennävus 1155.
Schweißdrüsentumoren, Alderton u. Turnbull 1155.
Seife, Creme u. Puder in der Kosmetik, Damman 856.
- s. Afridolseife.
Septikämisch s. Purpura.
Septischen Zuständen. Scharlachähnliche Eruptionen bei, Willson 825.
Serotherapie gew. Hautkrankheiten. Auto-, Hilario 651.
- s. Blennorrh. Erkrankgn., Arthritis.
Serum b. dermatolog. Erkrankgn. Auto-, Gottheil u. Sahnstein 838, Ravitch 839.
- gg. Urtikaria. Menschen-, Swann 881.
Serumexanthem n. Tetanusantitoxininjektion, Vogt 881.
Serumexantheme, Reiche 896.
Sexualpädagogik im Frieden u. Krankheitsverhütung im Kriege, Touton 1034.
Sexualwissenschaft. Ärztl. Gesellschaft für, 1010.
Sexuelle Verantwortlichkeit, Touton 1080.
- Verkehrtheiten b. e. Frau, McMurtrie 776.
*Simulationsfall v. Gesichtsulkus b. e. Hysterischen, Marx 833.
Simulium venustum 651, 652.
Skabies u. and. banalen Dermatosen. Staphylo- u. Streptokokken bei, Model 825.
Skarlatina s. Scharlach.
Skarlatiniform s. Erythem.
Sklerodaktylie, Weber 983.
- Generalisierte atrophische Sklerodermie mit, Weber 1108.
— Kongenitale Sklerodermie und, Cockayne 1131.
Sklerodermie, Sibley 894.
— m. Sklerodaktylie. Generalisierte atrophische, Weber 1108.
- u. Sklerodaktylie. Kongenitale, Cockayne 1131.
Sklerodermia circumscripta u. Lichen sclerosus, Bizzozero 1152.
Skorbut d. Kinder, Fraenkel 921.
Smegmabazillus, Brereton u. Smith, 809.
Sommereruption, Stebbing 1131.
Sommerhautkrankheiten im Felde, Saalfeld 1160.
Sonnenbestrahlung. Xeroderma pigmentosum inf. heftiger, Corlett 746.
Spermatozoen b. Sterilität. Wert d. Untersuchg. auf, Hübner 775.
Spinalflüssigkeit n. Neosalvarsan. Veränderg. der, Biach, Kerl u. Kahler 832.
Spiritus bei Hautkrankheiten, Hammer 856.
Squamösen Dermatosen. Mineralwasserbhdlg. der, Peyri 838.
Staphylokokken s. Skabies.
Staphylokokkenvakzine. Neue Anwendungsart der, Covisa u. Agustina 752.
- s. Furunkulose.
Stein s. Bakterien-, Nieren-, Ureter-, Zystinstein.
Sterilität. Wert d. Untersuchg. auf Spermatozoen bei, Hübner 775.
Stoffwechselerkrankungen, Lindemann 822.
Stomatitis. Exakte Diagnose blennorrhoischer, Stein 737.
— mercurialis, Brodfeld 854.
Streptobazillus pellagrae 808, 902.
Streptokokken s. Skabies.
Striae atrophicae. Akute, Evans 1130

Syphilis.

I. Erworbene Syphilis.

A. Allgemeiner Teil.

China. Syph. in, Reed 1033.
Ehe. Syph. und, Ledermann 1047.
Extragenitale Primäraffektionen. Seltenere, Gußmann 1064.
— Syphilisinfektion, Heinemann 1065.
Extragenitalen Infektion. Prognose der, Jean u. Else Kottmaier 729.
Familie. Syph. in einer, Forns 751.

Digitized by Google

Finger. Primärsyphilid am, Gilmour 1065.
Gaumen. Syph. Primärsklerose am harten, Björling 725.
Handgelenk. Primäraffekt am, Pernet 1131.
Operative Inokulation e. syph. Schankers, Aja 750.
Tonsille. Diff.-Diagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der, Lévy 1064.
Zahnfleisches. Syph. Schanker des, Grado 751.

Familienmitgliedern v. Paralytikern. Syphilit. Infektion bei, Haskell 1050.
Geschichtlichen Syphilisforschung. Heutiger Stand der, Schöppler 1032.
Häufigkeit d. Syphilis, Le Noir 1033.
Latenzperioden b. Syphilis. Länge der serologischen, Almkvist 1152.
Lebensversicherung. Syphilis und, Schroeder 673.
Negern. Syph. b. d. amerikanischen, Hazen 1032.
Pathologie d. Syphilis. Fortschritte unserer Kenntnis der, Frühwald 799.
— Neuere Ergebnisse der Syphilis-, Frühwald 1081.
*Pseudoreinfektion n. Salvarsan-Quecksilber. Reinfektion oder, Tièche 1051.
*Reinfektion od. Pseudo-Reinfektion n. Salv.-Quecksilber, Tièche 1051.
— Syphilitische, Aahman 1065 (Bis).
— Zweimalige Abortivheilung d. Syph. bei, Hoffmann 1066.
Sklerosenresten n. komb. Hg-Salvarsankur, nebst Untersuchgn. üb. ihren Keimgehalt. Histologischer Bau von, Habermann 1023.
Syphilis. Unklarheiten i. d. Anschauungen über, Mapes 776.
Trauma u. chron. Infektionskrankheiten, Schepelmann 1049.
Tuberkulose. Syph. und, Sundt 1049.
— Karzinom u. Syph. b. einem Individuum, Kellert 1081.
Typen von Syphilis. Verschiedene, Robertson u. Klander 1081.

B. Ätiologie.

Schaudinns Entdeckung im April 1905, Neisser 1024.
Spirochaeta pallida in diffus. Licht b. Zimmertemperatur. Lebensfähigkeit der, Zinsser u. Hopkins 807.
— — dch. Tusche. Nachweis von, Walters 807.
— — Färbg. der, Rio 807.
— — a. d. Blute Syphiliskranker. Isolierung der, Hartwell 807.
Spirochaeta pallida. Kultur der, Sowade 808.
— — Reinzüchtung der, Kissmeyer 808.
Spirochaeten im System. Stellung der, Meirowsky 807.
— Primäraffekt u. Keratitis parenchym. b. Kaninchen dch. Reinkulturen v. Syphilis-, Schereschewsky 1063, Bedeutung dieses Befundes, Schieck 1086.
Spirochaetenbefund in e. syph. Schanker dch. prof. Hg-Resorption. Negativer, Lomholt 1153.

C. Experimentelle Syphilis.

Augensyphilis. Experim. Untersuchgn. über, Colombo 1085.
Kaninchen dch. Reinkulturen v. Syph.-Spirochaeten. Primäraffekt u. Keratitis parenchym. beim, Schereschewsky 1063, Bedeutg. dieses Befundes, Schieck 1086.
Meerschweinchen. Inokul. syph. Gewebe auf, Campana 1156.
*Neosalvarsan u. Salvarsan b. experim. Syphilis, Copelli 908.
*Salvarsan u. Neosalv. b. experim. Syphilis, Copelli 908.

D. Diagnostik.

Denken? Warum müssen wir immer an Syphilis, Spillmann 1032.
Diagnose d. Syphilis. Bedeutung d. sekund. Infektion für die, Corner 1081.
*Diagnostik in Blut u. Rückenmarksflüssigkeit. Lues-, Kafka 1091.
Differentialdiagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der Tonsille, Lévy 1064.
Kutanreaktion Noguchis b. Syphilis, Squires 712.
*Luetinreaktion, Kafka 1091.
Serologischen Latenzperioden b. Syphilis. Länge der, Almkvist 1152.
Tschernogubows. Bemerkungen zu einer Fußnote, Hecht 1024.
Tschernogubowsche Modifik. d. Wasserm. Reaktion, Nathan 1154.
Wassermannsche Reaktion. Spät n. d. Infektion auftretende, Jersild 1088.
*Wassermannschen Reaktion. Diagnost. Wert der, Bendig 1139.
— — Tschernogubowsche Modifik. der, Nathan 1154.

E. Syphilis der Eingeweide.

Bauchorgane u. Felddienstfähigkeit. Syphilit. Erkrankungen der, Hoppe-Seyler 1158.

Digitized by Google

Diabetes insipidus. Gummata bei, Sequeira 1109.
Gaumen. Syph. Primärsklerose am harten, Björling 725.
Gaumensegels. Enesol b. syphilit. Perforation des, Poyet u. Tarneaud 1087.
Inneren Organen. Häufigkeit d. Syph. in den, Weill 1113.
Leber, Syph. der, 1158.
— b. erworb. Syphilis, Brooks 1137.
Leberatrophie. Klinik u. Ätiologie der akuten gelben, Halberg 1138.
Lebersyphilis. Fieber bei, Hintze 1137.
— in Gestalt d. gewöhnl. Zirrhose, Chency 1137.
Lunge, Syph. d. Herzens u. der, Campana 1156.
Lungensyphilis eine Lungentbc. vortäuschend, Calver 1158.
Magens b. Lues. Erkrankungen des, Kleissel 1135.
Mastdarmstrikturen. Syphilitische, Schulze-Tigges 1136.
Nase u. d. Rachens. Latente u. tert. Syph. b. Erkrankgn. der, Borden 1087.
Nebennieren. Syphilis und, Sézary 1136.
Nephritis, Syphilitische, Stengel u. Austin 1136.
Nierenbeckensyphilis, Gottfried 1136.
Ösophagus. Syph. des, Wile 1114.
Rachens. Latente u. tertiäre Syph. b. Erkrankgn. d. Nase u. des, Borden 1087.
Thyreoiditis u. abortiv. Myxödem b. e. Syphilitiker, progress. Paralyse vortäuschend. Chronische, Massary 1173.
Tonsille. Diff.-Diagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der, Lévy 1064.
Vagina. Multiple Syphilome der, Cavagnis 870.
— Syphilis m. Primäraffekt in der, Nielsen 1174.
Vaginae et vulvae. Ulcus gummosum, Bollog 1174.
Vulvae. Ulcus gummosum vaginae et, Bollog 1174.
Zahnfleisches. Syph. Schanker des, Grado 751.

F. Syphilis der Haut und deren Anhangsgebilde.

Atrophie n. e. sekund. Syphilid. Makulöse, Adamson 1108.
Gummata b. Diabetes insipidus, Sequeira 1109.
Hautlues. Ungewöhnliche, Cunningham 1086.
Herxheimersche Reaktion, Milian 858.
Leukoderma syphiliticum, Pasini 1087.
*Nabelgegend. Urachusfistel m. kondylomatöser Syph. der, Gappisch 827.
Phagedänische tertiäre Syphilis, Aja u. Artadi 752.
Pigmentaria. Syphilis, Grado 753.
Tertiäre Syphilis, Pernet 895.
— Ulzeration m. Salv. behandelt, Moore 1087.
Ulcus cruris syphil. u. syphil. Erkrankgn. d. Unterschenkelknochen, Zinsser 1133.

G. Syphilis des Blutes, des Blut- und Lymphgefäßsystems.

Antikörper im Serum Syphilitischer. Verschiedene, Porcelli-Titone 870.
Aorta. Syph. der, 1158.
Aortenerkrankung. Syphilitische, Hart 1173.
Aortitis bei metaluet. Erkrankgn. des N. S., Benthaus 1133.
— fibrosa u. zerebrospinale Syphilis, Borberg 1173.
Arteriitis cerebralis syphilitica. Primäre Hemichorea durch, Aja 1176.
*Blut u. Rückenmarksflüssigkeit. Lues-Diagnostik in, Kafka 1091.
Blute Syphiliskranker. Isolierung d. Spirochaeta pallida aus dem, Hartwell 807.
Blutes u. d. Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren b. syph. u. nicht-syph. Individuen. Gehalt des, Ellis, Cullen u. Slyke 1050.
Halsdrüsenschwellung. Enesol b. hartnäckiger, Poyet u. Tarneaud 1087.
Herzens u. d. Lunge. Syph. des, Campana 1156.
Herzläsionen. Bhdlg. von syphilitischen, Brocks u. Carrolls 1172.
Herzsyphilis, Callender 1159.
— Gummöse, Harbitz 1160.
Herzveränderungen b. metaluet. Erkrankungen des N. S., Benthaus 1133.
Myokarditis. Syphilitische, Rosenfeld 1159.
Zirkulationsorgane u. Felddienstfähigkeit. Syphilit. Erkrankgn. der, Hoppe-Seyler 1158.

H. Syphilis der Gelenke, Knochen, Muskeln.

Metatarsalgia syphilitica. Talalgia et, Forns 749.
Polyarthritis syphilitica acuta, Guszman 1113.
Schädelsyphilis m. großen Sequestern, Nicolas, Moutot u. Gaté 1113.

Digitized by Google

Talalgia et Metatarsalgia syphilitica, Forns 749.
Unterschenkelknochen. Ulcus cruris syphilit. u. syphilit. Erkrankgn. der, Zinsser 1133.
Wirbelsäule. Syph. der, Hunt 1113.

I. Syphilis des Nervensystems.

Aphasie als Folge v. Syphilis, Craig 1176.
Arteriitis cerebralis syphilitica. Primäre Hemichorea durch, Aja 1176.
Hemichorea dch. Arteriitis cerebralis syphilitica, Aja 1176.
Irrenanstalten. Syphilis b. Insassen von, Vedder u. Hough 1046.
Kopfschmerz. Syphilitischer, Hnátek 1174.
Meningen b. Syphilis. Affektionen der, Desneux, Dujardin u. Weill 1175.
Meningitiden. Syphilitische, Roger 1175.
Meningitisformen. Syphilitische, Nobécourt 1175.
Meningomyeloenzephalitis luetica m. Untersuchg. der Spinalflüssigkeit, Scheel 1176.
Metaluetischen Erkrankungen d. Nervensystems. Herzveränderungen u. Aortitis bei, Benthaus 1133.
Nervenkrankheiten im Lichte d. neueren Forschungsergebnisse. Therapie d. syphilogenen, Nonne 1177.
Nervensyphilis, Barbach 873.
Nervensystem. Syph. und, Nonne 874.
Nervensystems wd. des Primärstadiums. Beteiligung des, Wile u. Stokes 1063.
— Salvarsanserum b. Syph. des, Gradwohl 1177.
— Intrarachid. Injekt. b. Früh- u. Spätsyphilis des, Tzank 1177.
Nervöse Komplikationen b. Syph. d. Wirbelsäule, Hunt 1113.
Neurorezidive b. d. modernen Syph.-Behandlung. Abortivheilungen und, Werther 1177.
Paralyse u. Tabes dorsalis. Verhältnis d. Symptome d. Syph. zu, White 1046.
— Herzveränderungen u. Aortitis bei, Benthaus 1133.
— vortäuschend. Chron. Thyreoiditis u. abortiv. Myxödem b. e. Syphilitiker, progressive, Massary 1173.
Paralysefrage. Statist. Btrg. zur, Remertz 1133.
Paralytikern. Syphilit. Infektion b. Familienmitgliedern von, Haskell 1050.
Paraplegia syp. v. Erbschen Typus, Gimeno 752.
Polyneuritis syphilitica, Pinczower 730.
Pseudotabes hypophysacea, Kahlmeter 1173.
Psychische Seite d. Syphilis, Klotz 1047.
Sklerose auf syph. Grundlage. Multiple, Williams 714.
Tabes dorsalis u. Paralyse. Verhältnis d. Symptome d. Syphilis zu, White 1046.
— Pathogenese der, Sepp 1178.
Verbrechen. Kopftrauma u. Syph. als Ursache von, Glueck 1113.
Zentralnervensystems. Syph. des, Hagelstam 1174.
— Neosalvarsan u. Hg. b. Syph. des, Stephenson 1175.
— Nervus acustius b. Syph. des, Ellis u. Swift 1176.
Zerebrospinale Syphilis. Aortitis fibrosa und, Borberg 1173.
Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren b. syph. u. nicht syph. Individuen. Gehalt des Blutes u. der, Ellis, Cullen u. Slyke 1050.
*— Luesdiagnostik in Blut und, Kafka 1091.
— Meningomyeloenzephalitis luetica m. Untersuchg. der, Scheel 1176.

K. Syphilis der Sinnesorgane.

Acusticus b. Syph. des Zentralnervensystems. Nervus, Ellis u. Swift 1176.
Augenlides vortäuschend. Knotenjodismus, ein Gumma des, Stephenson 923.
Augensyphilis. Experim. Untersuchgn. über, Colombo 1085.
Kornea. Syph. der, Gradle 872.

L. Behandlung der Syphilis.

Abortivheilung d. Syph. bei Reinfektion. Zweimalige, Hoffmann 1066.
Abortivheilungen u. Neurorezidive b. d. modernen Syph.-Behandlung, Werther 1177.
*Argulan, ein neues organ. Hg-Präparat, Mentberger 931.
Behandlung. Abortivheilungen u. Neurorezidive b. d. modernen Syphilis-, Werther 1177.
Diarsenal, Ersatzmittel f. Salvarsan 946.
Embarins. Toxische Nebenerscheinungen des, Pasini 851.
Embarinfrage. Zur, Renz 851.
Enesol b. syphilit. Perforation d. Gaumensegels u. hartnäckiger Halsdrüsenschwellung, Poyet u. Tarneaud 1087.
α-Joddihydroxypropan, Lüders, Emmert u. Better 1154.
Kalomel. Multiple Hämorrhagien nach, Favento 921.
Mineralwässer b. Syphilis, Jourdanet 838.

Digitized by Google

*Neosalvarsan u. Salvarsan b. experim. Syphilis, Copelli 908.
— u. Hg bei Syph. d. Zentralnervensystems, Stephenson 1175.
— Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Neosalvarsan I—IV.
Quecksilber u. Salvarsan. Histolog. Bau v. Sklerosenresten nach, Habermann 1023.
*— — — Reinfektion od. Pseudoreinfektion nach, Tièche 1051.
— u. Neosalvarsan b. Syph. d. Zentralnervensystems, Stephenson 1175.
Quecksilberpräparate. Wirkg. u. Resorption d. verschiedenen, Döhring 1153.
Quecksilberresorption. Negat. Spirochätenbefund in e. syph. Schanker dch. professionelle, Lomholt 1153.
Salvarsan b. Syphilis, Scholtz 726.
*Salvarsan u. Neosalv. b. experim. Syphilis, Copelli 908.
— u. Quecksilber. Histolog. Bau von Sklerosenresten nach, Habermann 1023.
*— — — Reinfektion od. Pseudoreinfektion nach, Tièche 1051.
— b. tertiärer Ulzeration, Moore 1087.
— Allgemeines, Therapie, Dosierung und Technik, Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen siehe Salvarsan I—IV.
Salvarsan-Ersatzmittel 930.
Salvarsannatrium, Wechselmann 877, Dreyfus 877.
Salvarsanserum b. Syph. des Nervensystems, Gradwohl 1177.
Toxynon b. Syphilis. Intraven. Injekt. von, Gutmann 879.
Ulcus molle od. Primäraffekt, eine therapeut. Betrachtung, Müller 1064.

II. Erbsyphilis.

Arterienerkrankungen b. heredit. Syphilis, Stoll 1082.
Diagnose d. Frühstadien d. heredit. Syphilis. Laboratoriumsuntersuchung zur, Grule 1082.
Embarin b. Lues congenita, Monti 1085.
Epiphyseolysis inf. angeb. Syphilis, Vas 1112.
Findelanstalt. Syph. und, Riether 1048.
Hämophilie u. heredit. Syphilis, Rille 1083.
Hereditäre Syphilis, Mapes 713, 776, Davis 1110.
— — b. e. Erwachsenen, Bang 1083.
Herzens u. d. Lunge. Syph. des, Campana 1156.
Hydrozephalus congenitus. Ätiologie des, Fragola 1174.
Immunitätsgesetze bei materner u. fötaler Lues. Infektions- und, Trinchese 1048.
Kindersterblichkeit dch. Erbsyphilis. Gegen die, Ehlers 1082.
Latente Syph. d. Kindes- u. Jünglingsalters 1082.
Leukoenzephalitiden b. Erbsyphilis, Pellegrini 1083.
Liquor cerebrospinalis b. älteren Heredosyphilitikern, Przedpelska 1082.
Lunge, Syph. d. Herzens u. der, Campana 1156.
Meningoenzephalitis b. e. Kinde. Luetische, Neurath 1176.
Nebenniere b. Syph. congenita, Simmonds 1083.
Nephritis interstitialis et parenchym. b. Erbsyphilis, Mochi 1157.
Ossea heredit. tarda. Syphilis, Riosalido 1084.
Paterne Vererbung d. Syphilis? Gibt es eine, Bruck 1048, 1049, Lesser 1049.
Pericholangitis gummosa u. Pneumonia syph. b. e. 2j. Kinde, Dutsch 1157.
Pflegeheim f. erbsyph. Kinder, Groen 906.
Plazenta. Cholesteringehalt der, Cova 1173.
Pneumonia syphilitica u. Pericholangitis gummosa b. e. 2j. Kinde, Dutsch 1157.
Psychopathologie. Heredit. Syph. in bezug auf klin. Psychologie und, Haberman 1082.
Schwangeren syphil. Mütter auf die postkonzeptionelle Syphilis. Einfluß d. Bhdlg. der, Covisa 1081.
Skelettveränderungen b. kongenit. Syphilis, Löhe 1083.
Spätformen d. Syph. congenita, Aja 749.
*Therapie der kongenit. Lues, Hell 787.
— d. Lues congenita. Unzulängliche, Welde 1084.
Viszerale Spätsyphilis. Hereditäre, Bellizzi 1084.

Talgdrüse im Inneren d. Follikels. Kinnhaare m. einer, Giovannini 803.
Temperatursinne d. Haut d. Menschen. Histophysiol. Studien üb. die, Häggquist 803, 805.
Testijodyl, Lénard 853.
Therapie d. Haut- u. venerischen Krankheiten, Schäffer 1045.
Thermopenetration, Laqueur 849.
— i. d. Frauenheilkunde, Kelen 754.
Thigan, Saalfeld 878.
— ein äußerl. Antiblennorrhoikum, Stümpke 757.

Digitized by Google

Thukydides. Seuche des, Kanngiesser 965.
Tinea trichophytica d. Kopfhaut, Botelli 871.
— Mikrosporon d. behaarten Kopfhaut b. Erwachsenen, Oliver 984, Kulturen davon Sequeira u. Oliver 1110.
Toxämien. Dermatosen bei, Ochs 821.
Transplantation. Retikulo-endothel. Zellapparat und, Soper 833.
— s. Hautverpflanzung, Fett-, Hauttransplantation.
Trauma u. chron. Infektionskrankheiten, Schepelmann 1049.
— s. Hodenverlagerung.
Trichophytie in der Leistengegend, Windell 872.
*Trichophytinreaktion im Blutbild, Miescher 1011.
Trichophyton sudanense 809.
Trichophytonart m. faviformer Kultur. Neue, Brault u. Viguier 809.
Trichophytonarten in Hamburg. Mikrosporon- und, Lewandowsky 1154.
Trichotillomanie m. and. artef. Läsionen, Pernet 690.
— Martin 722.
Tripper. Azidität d. Harns bei, Regnauld u. Cottin 718.
— Heiratsfähigkeit nach, Portner 718.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Urethritis.
Tripperfäden weißen Fluß. Verursachen sterile, Orlowski 719.
Tropen. Pocken u. pockenähnliche akute Exantheme in den, Mense 969.
Tropenkrankheiten. Salvarsan bei, Seyffert 857, Grothusen 858.
Tropical Medicine. American Society of, 826.
Tuberkelbazillen-Partialantigene bei Lupus, Adam 1030.
Tuberkulid (?), Sibley 1107.
— s. Hauttuberkulid.
Tuberkulin erfolglos b. Lupus erythem. diffusus, Ravogli 748.
— Erythema induratum m. Überempfindlichkeit d. Haut gegen, Frumerie 1032.
Tuberkulinreaktion b. Kindern. Kutane u. perkutane, Monrad 1009.
— im Kindesalter. Pirquetsche, Pipping 1010.
Tuberkulose, Orthostatisch-lordotische Albuminurie und, Jagić 692, Wendenburg 692.
— als Boden f. Arthritis blennorhagica, Tommasi 718.
— Gemeinschaftl. Auftreten v. Erythema nodosum und, Foerster 938.
— u. Lepra, Lie 1006, Deycke 1157.
Tuberkulose. Syphilis und, Sundt 1049.
— Karzinom u. Syphilis b. einem Individuum, Kellert 1081.
— d. Mundschleimhaut u. d. Zahnfleisches. Therapie der, Tiedemann 1028.
— u. Chemotherapie. Kupferbhdlg. der, Strauß 1029.
— s. Haut-, Nieren-, Urogenitaltuberkulose.
Tuberkulosen auf arteriellem Wege. Direkte Chemotherapie lokaler, Goyanes 1028.
— d. Hand. Heliotherapie im Hochgebirge bei, Hüssy 1029.
Tuberkulös s. Hautgeschwüre, Zungengeschwür.
Tuberkulöse Septikämie. Erythema nodosum und, Landouzy 938.
Tuberkulösen. Bedeutg. u. Wichtigkeit der Albuminurie bei, D'Onghia 691.
Tumor. Totale Ureterektomie wegen, Oliva 669.
— s. Schweißdrüsentumor, Gewächs, Geschwulst, Neubildungen.
Tumoren. Multiple, Little 893.
Tuschsystem. Untersuchg. d. Harnniederschlages m. dem, Detre 671.
Typhus exanthematicus s. Flecktyphus.

*Ulkus b. e. Hysterischen. Simulationsfall von Gesichts-, Marx 883.
— molle od. Primäraffekt, eine therapeut. Betrachtung, Müller 1064.
— rodens, Little 894, 984, Pernet 1109.
— — od. Epithelioma adenoides cysticum? Multiples, Little 865.
— — v. ungewöhnl. kurzer Dauer. Multiples, Little 1109.
— vulvae acutum, Groß 717, Volk 717.
Ulsanin s. Lupus.
Ultraviolettes Licht, Friedberger 848.
Ulzerationen. Hauttransplantationen b. ambul. Bhdlg. von, Davis 837.
*Urachusfistel, Gappisch 827.
Uranoblen b. Gonokokken, Glück 721.
Ureters. Abnormer Verlauf des rechten, Schwefel 669.
Ureterendes. Zyst. Dilatation d. vesikalen, Rosenberg 656.
— Zysten des vesikalen, Kotzenberg 668.
Uretermißbildungen usw. Klin. Bedeutg. der, Adrian u. Lichtenberg 664.
Ureterstein. Eingeklemmter, Wollbarst 873.
Ureterektomie wg. Tumor. Totale, Oliva 669.
Urethra s. Harnröhre.
Urethritis b. Manne. Nichtblennorrhoische, Adrian 660.

Digitized by Google

Urethritis posterior. Symptom d. beginnenden, Seger 737.
— Interne Bhdlg. der blennorrhoischen, Rebaudi 755.
— s. Blennorrhagie, Blennorrhoe, Gonorrhoe, Tripper.
Urethrorrhoe. Unstimmigkeiten b. d. urolog. Auffassung der Neisserschen, Mapes 800.
Urethroskopia posterior. Rückblick auf die, Engländer 774.
Urogenitaltraktus. Fett-Transplantation b. chirurg. Bhdlg. im, Kolischer 871.
Urogenitaltuberkulose. Zwei wichtige Faktoren bei, Dowd 713.
Urologie. Sero- u. Vakzintherapie d. blennorrh. Erkrankgn. in der, Choltzow 718.
— im Weltkriege. Deutsche, Lohnstein 773 (Bis).
— Journal d', 698.
Urologisches v. Kriegsschauplatze, Rotschild 773.
Urological Institute. James Buchanan Brady, 674.
Urotropin als Desinfiziens d. Harnwege, Hoest 671.
Urtikaria. Stoffwechselstudien b. chronischer, Rosenbloom u. Cameron 654.
— Anaphylaxie u. parenterale Eiweißverdauung, Mühsam u. Jacobsohn 880.
— Pathogenese der, Jadassohn u. Rothe 880.
— als Folge v. Blutegelapplikation, Netter u. Köchlin 881.
*— Btrg. z. Bhdlg. der (Chlorkalziumkompretten), Seifert 971.
— Menschenserum gegen, Swann 881.
— pigmentosa. Histologie der, Knowles 747.
*Urtikarielle Hautreaktion. Entzündliche und, Samberger 739, 763, 791, 947, 976, 999.
Urtikarielles Ekzem. Neisser 1153.

Vagina dch. Diphtheriebazillen. Blennorrhoische Prozesse a. d. kindlichen, Kobrak 717.
Vaginalerkrankungen. Bhdlg. der, Gutowitz 716.
Vakzine. Experimentelle, Gins 838.
— b. Ekzema capitis. Generalisierte, Obmann 1005.
— u. Variola. Hämatologie der, Schatzmann 989.
— keimfrei zu machen. Methode, um, Friedberger u. Mironescu 993.
— b. Epididymitis, Dopter 736.
— v. Besredka b. blennorrh. Arthritis, Florand 735, Dopter 736.
Vakzine v. Besredka bei blennorrh. Zystitis, Cruveilhier 738.
— — — b. Blennorrhoe. Cruveilhier 758, 779.
— v. Nicolle b. Blennorrhagie, Duhot 783.
— s. Gonokokken-, Staphylokokkenvakzine.
Vakzineerkrankung des Auges, Kuhlfelt 1005.
Vakzinetherapie. Äußere, Towle 651.
— Geschichtl. Entwicklg. u. heutiger Stand der, Schweder 838.
— Opsonine und, Friedemann 838.
— Antiblennorrhoische, Remlinger 761, Livon 761.
— s. Arthritis, Blennorrhagische Infektion, Blennorrhoe, Blennorrhoische Adnexerkrankungen, Blennorrhoische Erkrankungen, Scharlach, Vulvovaginitis.
Vakzinevirus, Prowazek u. Miyaji 1004.
Vanille ein Hautreiz, Leggett 924.
Variköser Symptomenkomplex u. Röntgenbild, J. u. E. Kottmaier 1024.
Variola s. Pocken.
Varizellen. Technik der Schutzimpfg. gegen, Kling 969.
— Diff.-Diagnose der Variola und, Paul 988.
Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit Erythem, Silberknopf 969.
Vas deferens. Antiperistaltik des, Lommel 657.
Verbrennungen. Pikrinsäure bei, Heusner 926.
— Heiße Luft bei, Stoppato 926.
Verhornung d. Nagels, Martinotti 803.
Verlausung. Vorbeugungsmittel gegen, Eysell 673.
Verordnung d. stellvertr. Generalkommandos des II. Armeekorps 1161.
Vitaminlehre. Prophylaxe u. Therapie d. Pellagra im Lichte der, Funk 903.
Vulva s. Karzinoma, Ulcus.
Vulvoperinealfisteln. Ursachen u. Prophylaxe der, Aja 750.
*Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Prognose der, Pontoppidan 734, *1077.
— blennorrh. infantum. Bhdlg. der, Strassberg 734.
— kl. Mädchen. Gonokokkenvakzine bei, Comby u. Condat 734.
— Vakzinetherapie d. blennorrhoischen, Jack 734.

Warze. Kohlensäureschnee b. gr. vegetierender, Ledo 750.
Wassermannsche Reaktion bei Flecktyphus, Delta 969.

Digitized by Google

Xantho-Erythrodermia perstans (?), Dore 866.
Xanthom s. Pseudoxanthom.
Xeroderma pigmentosum inf. heftiger Sonnenbestrahlung, Corlett 746.

Zahnfleisch s. Tuberkulose.
Zaraath, Vörner 1024.
Zeckenstich, Narbel 869.
Zelle, Chemie der, Unna u. Gans 801, Unna 802 (Bis).
Zuckernachweis im Harn m. d. Gärungsprobe. Qualitat. u. quantitativer, Gause 715.
Zürich. Professur f. Dermatologie u. Syphilis in, 1066.
Zungengeschwür. Tuberkulöses, Tourneux 1028.
Zungenrückens. Mediane rhombische Glossitis des, Jourdanet 1114.
Zylinder u. Zylindroide, Posner 691.
— s. Harnzylinder.
Zylindroide. Zylinder und, Posner 691.
Zyste s. Nierenzyste, Ureterende.
Zystinsteine. Zystinurie und, Frankenthal 694.
Zystinurie, Fromherz 694.
— u. Zystinsteine, Frankenthal 694.
— Bhdlg. der, Klempner u. Jacoby 715.
Zystitis. Vakzine v. Besredka b. blennorrhoischer, Cruveilhier 738.
Zystoskopische Diagnostik der Blasengeschwülste, Thelen 1134.

Digitized by Google

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten.

Aahman, Gösta, Zur Frage der syphilitischen Reinfektion 1065.
— Btrg. z. Kasuistik der Reinfektion 1065.
Abraham, P. S., Lupus erythematosus d. Finger u. Lupus pernio d. Nase 866.
— Fall von Orientbeule 1130.
Achard, Raynaudsches Syndrom; chron. Nephritis u. Tuberkulose 879.
Adam, Alfred, Antipartialantigene 1027.
— Tuberkelbazillen-Partialantigene bei Lupus 1030.
Adamson, H. G., Akne urticata u. andere Formen „neurotischer Exkoriationen" 688.
— Hyperidrosis palmaris 868.
— Lichen scrophulosorum b. Erwachsenen 1108.
— Makulöse Atrophie n. e. sekund. Syphilid 1108.
Adrian, C., Die nichtblennorrh. Urethritis b. Manne 660.
— u. v. Lichtenberg, A., Die klin. Bedeutg. der Mißbildgn. der Niere, des Nierenbeckens u. d. Harnleiters 664, ferner 1162.
Agustina, R. González s. Covisa.
Sáinz de Aja, E. Alvarez, Spätformen der Syphilis congenita 749.
— Zwei Fälle von Erysipel m. Ammoniumkarbonat geheilt 750.
— Operative Inokulation e. syph. Schankers 750.
— Ursachen u. Prophylaxe der Vulvoperinealfisteln 750.
— Lupus tuberculosus m. Heliotherapie u. Aurum-Kalium cyanatum behandelt 751.
— Payrsche Operation b. Lupus tuberculosus 752.
— Purpura ecchymotica v. seltener Lokalisation 753.
— Purpura recidivans orthostatica 753.
— Primäre Hemichorea dch. Arteriitis cerebralis syphilitica 1176.
— u. Artadi, José, Phagedänische tertiäre Syphilis 752.
Albertoni, P. u. Tullio, P., Die Maiskost b. Gesunden u. bei Pellagrakranken 901.
Alderton, W. H. u. Turnbull, H. M., Zwei Fälle von Schweißdrüsentumoren 1155.
Alessandrini, Giulio u. Scala, A. (Neuer) Beitrag zur Ätiologie u. Pathogenese der Pellagra 898 (Bis), ferner 786.
Alexander, Artur, Die modernen Methoden der Lupusbehandlung 1030.
Almkvist, Johann, Zur Frage von der Länge der serologischen Latenzperioden bei Syphilis 1152.
Althoff (Allendorn), Z. Bhdlg. des Herpes zoster 928.
de Angelis, Giovanni s. Tizzoni.
Antoni (Heidelberg), Ein Btrg. z. Kenntnis der Dermatosen bei Hysterie 824.
Arndt, Georg 1162.
Arnold, A. u. Hölzel, H., Üb. den Wert intravenöser Arthigoninjektionen b. blennorrh. Prozessen 781.
Artadi, José s. Aja.
Arzt, Leopold 882, 1162.
Ashburn, P. M., Vedder, E. B. u. Gentry, E. B., Ergebnisse der Pockenimpfung bei Affen 988.
Audry, Ch., Ist die Lepra ansteckend? 1007.
Austin, J. H. s. Stengel.
de Azúa, Juan, Eine Bhdlg. der akuten Blennorrhoe der vorderen Harnröhre 755.
— Herdförmiger Lupus tuberculosus exedens non ulcerosus d. rechten Wange; rasche Heilung durch Finsen-Therapie 1030.

Babes, V. u. Jonesco, H., Die Abderhaldensche Reaktion b. Pellagrakranken u. bei Patienten m. Magendarmstörungen 901.
Bachmann, Robert A., Die Moralität der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 818.

Digitized by Google

Bang, Dagny, Ein Fall von heredit. Lues b. e. Erwachsenen 1083.
Bar, P. u. Lequeux, Erfahrgn. m. d. Antigonokokkenvakzin v. Nicolle u. Blaizot 733.
Baradulin, Die Diathermie b. Bhdlg. der Blennorrhoe u. ihrer Komplikationen 754.
Barasch, Zehn Jahre Scharlachstatistik 938.
Barbach, H. J., Einige neue Betrachtungen üb. Nervensyphilis 873.
Barber, H. W., Pityriasis rubra pilaris b. e. Schwangeren 867.
— Parakeratosis variegata 894.
— Zwei Fälle von Lupus b. Kindern 1031.
Bardach, K., Zur therapeut. Anwendg. intravenöser Arthigoninjektionen 785.
Baum 1106.
— E. W., Z. Frage der einseitigen Hämaturieerkrankg. d. Kapillaren des Markteils 696.
— Oscar u. Herrenheiser, Gustav, Chemotherapeutische Versuche mit Salvarsan 858.
Bayly, H. W., Die Diagnose u. Bhdlg. der chron. Blennorrhoe u. deren lokaler Komplikationen 755.
Becken, Henry C., Die Bhdlg. des Scharlachs 961.
Becker, F., Zur Blennorrhoebehandlung mit Gonokokkenvakzin Menzer 780.
Bedson, S. P. s. Ledingham.
Beeson, C. F., Die Schilddrüse bei Pellagra 900.
Bellizzi, V., Zwei Fälle von heredit. visceraler Spätsyphilis 1084.
Bender, E. s. Müller, H.
*Bendig, Über den diagnost. Wert der Wassermannschen Reaktion 1139.
Benthaus, Über Herzveränderungen und Aortitis b. d. metaluet. Erkrankungen des Nervensystems, insbes. bei Paralyse 1133.
Bérenger, R. 1178.
Berger, Wilhelm s. Hackenbruch.
Berlin, W. C. K., Bakteriämie, Infektion u. Brightsche Krankheit 664.
— Moderne Bhdlg. d. Brightschen Krankheit nach den Grundsätzen der Pathologie u. Bakteriologie 873.
Bernheim, Über Afridolseife 850.
Bertarelli, E, Die neueren Kenntnisse üb. die Ätiologie des Scharlachs 939.
Bertein, P., Die blennorrhoischen Knochenveränderungen 735.
Bertelli, Giovanni, Zwei Fälle v. Addisonschem Syndrom b. Pellagrösen 900.
Bertone, G., Auto- u. homoplast. Hautverpflanzungen u. d. Einfluß der Hyperämie auf dieselben 832.
Best, William H., Der Gebrauch des Salvarsans b. nichtsyphilitischen Erkrankungen 856, 857.
Better, O. s. Lüders.
Bettmann 930.
Beyler, Gérard, Die Anwendg. v. kolloidalem Jod b. akuter u. chron. Blennorrhagie 757.
Biach, P., Kerl, W. u. Kahler, H., Z. Kenntnis der Verändergn. d. Spinalflüssigkeit nach Neosalvarsanapplikation 832.
Biedl, Arthur, Über Bakteriurie 693.
Bierhoff, F., Zur Frage der Prostitution u. d. vener. Krankheiten 820.
Birnbaum, R., Zur Therapie akuter u. chron. Entzündungen im Bereiche der Genitalorgane 716.
Biró, E., Üb. die Prophylaxe der Blennorrhagie u. anderer vener. Erkrankungen 720.
Bizzozero, Enzo, Üb. die Sclerodermia circumscripta u. ihre Beziehgn. zum Lichen sclerosus 1152.
Björling, E., Syphilit. Primärsklerose auf dem harten Gaumen 725.
Blaizot, L. s. Nicolle.
Blaschko, A., Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gg. die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? 657.
— Geburtenrückgang u. Geschlechtskrankheiten 820.
— Zur Prophylaxe des Flecktyphus 968.
— Die Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten im Kriege 1088, ferner 1088, 1105.
Blind, Auguste, Benigne blennorrhoische Endokarditis 737.
*Bloch, Bruno, Lucien Jacquet † 745.
— Kritisches z. Vakzinetherapie der Blennorrhoe, zugl. experim. Btrg. z. Begründung d. „ableitenden" Therapie 781.
Block, F., Wie schützen wir uns vor den Geschlechtskrankheiten und ihren übeln Folgen? 1080.
Blumenthal, J., Pustula maligna 1127.
*Bockhart, Max, Die Prophylaxe der Pyrogallolvergiftung 859.
Bodin, E., Die parasitären Pilze d. Menschen 806.
Boeters, Die Vakzinbehandlung der Blennorrhoe u. blennorrh. Komplikationen 781.
Bohm, G., Hegonon i. d. Blennorrhoebhdlg. 757.
Bollog, Carl, Ulcus gummosum vaginae et vulvae 1174.
Bonn, H. K., Üb. eine seltene Anomalie der Arterie u. Vene d. linken Ovariums 775.
Borberg, N. C., Üb. Aortitis fibrosa und zerebrospinale Syphilis 1173.
Borden, C. R. C., Latente u. tertiäre Syphilis b. Erkrankgn. d. Nase u. des Rachens 1087.

Digitized by Google

*Born, Kurt, Zur Kenntnis der Lichenformen 643.
Bornemann, W., Die sogenannten „Bakteriensteine" im Nierenbecken 665.
Botelli, Carlo, Tinea trichophytica d. Kopfhaut 871.
Bouchard, Charles Jacques, 1090.
Bourgeois, M., Über Onychomykosis saccharomycetica 1023.
Boveri, Theodor, 1178.
Box, J., Pellagra in England b. e. kleinen Kinde 897.
Braasch, William F., Klin. Beobachtgn. üb. essentielle Hämaturie 696, ferner 946.
Brady, William s. Calhoun.
van den Branden, F. u. Dubois, A., Vorläufige Mitteilg. üb. die Verwendg. des Neosalvarsans b. verschiedenen Krankheiten 878.
Brandweiner, Alfred, Die Vakzinebehandlung der Blennorrhoe 760, ferner 858.
Brasch, M., Blutbefunde n. intravenösen Arthigoninjektionen 801.
Brault, J. u. Viguier, A., Eine neue Trichophytonart m. faviformer Kultur 809.
von Brav, A., Die Prophylaxe u. Bhdlg. der Ophthalmia neonatorum 721.
Breakey, William Fleming 674.
Breugle, D. K., Pellagra in Minnesota 897.
Brereton, G. E. u. Smith, K. W., Untersuchgn. üb. den Smegmabazillus 809.
Brien, C. M. O., Ein Fall von Lepra 1006.
Brinitzer, E., Haut- und Geschlechtskrankheiten b. Kriegsteilnehmern 904.
Brocks, H. u. Carroll, J., Die Bhdlg. v. syphilit. Herzläsionen auf Grund von Untersuchgn. an 300 Fällen 1172.
Brocq, L., Einfluß d. neuen Sitten a. d. Pathologie d. Haut der Frau 821.
Brodfeld, Eugen, Stomatitis mercurialis 854.
Brodribb, A. W., Ein Fall von septikämischer Purpura 904.
Brooks, Harlow, Die Leber bei erworbener Syphilis 1137.
Bruce, P., Ein Fall von intestinalem Fieber mit Purpura kompliziert 904.
Bruck, Carl, Neue therapeut. u. prophylakt. Versuche b. Blennorrhoe 720.
— Die Vakzinbhdlg. der Blennorrhoe 779.
— Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine 784.
— Zur Bhdlg. der Kriegsdermatosen 905, ferner 1162.
Bruck, Franz, Gibt es eine paterne Vererbung d. Syphilis? 1048.
— Noch einmal nur Frage der paternen Vererbung d. Syphilis 1049.
Brückner (Dresden), Die Diät beim Scharlach 942.
Bruhns, C., Zur Frage der diagnost. Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine 761.
Bürger, Leo, Über Selbstausschaltung der Niere 872.
Bunch, J. L., Morphoea guttata 690.
Bundschuh, Ed., Üb. die Bhdlg. der Erfriergn. v. Fingern u. Zehen 926.
Burns, Frederick S., Ein Fall v. allgem. kongenitalem Keratoderma 748.
Buschke, A., Erwiderung 882.
— Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Krieg 929.
Butte, L., Die ärztl. Überwachg. der Prostituierten in Paris i. J. 1912 820.
de Buttler d'Ormont, R., Die Blennorrhoe b. Weibe 732.

Cadburg, W. W., Dermatolysis, Bericht üb. zwei Fälle 928.
Callender, G. R., Herzsyphilis; Bericht üb. e. einschlägigen Fall 1159.
Calver, G. D., Ein Fall von Lungensyphilis, welcher einer Lungentuberkulose täuschend ähnlich war 1158.
Calzabou, L., Üb. die kulturelle Entwicklg. der Hautpilze 806.
Calhoun, William C., Brady, William u. Gudgel, Harry B., Die Bhdlg. des Scharlachs 945.
Cameron, C., s. Rosenbloom.
Campana, Roberto, Resultate d. Inokulation frischer Gewebe, homogener u. heterogener, normaler u. syphilitischer, auf Meerschweinchen 1156.
— Syphilis d. Herzens u. d. Lunge in den verschied. Stadien (erworbene u. ererbte Syphilis) 1156.
Carbone, D. u. Cazzamalli, F., Untersuchgn. üb. die Ätiologie der Pellagra 900.
Carl, Walter, Zur biolog. Wirkg. des Quarzlampenlichtes 842.
Carroll, J., s. Brocks.
Caruthers, Frederick Duvall 946.
Cary, French S. 1162.
Castellani, Aldo 722.
Cavagnis, Giovanni, Multiple Syphilome der Vagina 870.
Cavazzoni, Cav. Luis Zanotti, Autohämotherapie der Lepra 1008.
Cazzamalli, F., s. Carbone.
Cebrián, Fall zur Diagnose 753.
Cedercreutz, Axel, Der Einfluß der inneren Sekretion a. d. Haut u. deren Adnexa 824.
Cesa-Bianchi, D., Klin. Beobachtgn. u. experim. Untersuchgn. üb. die Pellagra 900.
Chency, W. F., Lebersyphilis in Gestalt der gewöhnl. Zirrhose 1137.

Digitized by Google

Chimisso, Luigi, Die Hauterscheinungen bei Malaria, m. bes. Berücksichtgg. einer Form von Ekthyma 823.
Choltzow, B., Die blennorrh. Erkrankungen in der Urologie, Sero- und Vakzinotherapie 718.
— Die blennorrh. Erkrankungen in der Chirurgie u. ihre Bhdlg. mittels Sero- u. Vakzinotherapie 719.
Civalleri, J., Üb. die Ätiologie u. die Bedeutg. d. Erythema multiforme 928.
Clark, W. L., Die Austrocknungsmethode z. Bhdlg. v. kongenital. u. späteren Gewächsen a. d. Haut u. d. Schleimhäuten 836.
Le Clerc-Dandoy, Vakzinetherapie mit Arthigon bei Blennorrhagie 782.
Cockayne, E. A., Kongenitale Sklerodermie und Sklerodaktylie 1131.
Cohn, Willy, Üb. vier Fälle von Pityriasis lichenoides chronica 730.
Colombo, G., Experimentelle Untersuchgn. üb. die Augensyphilis 1085.
Comby u. Condat, Bhdlg. d. Vulvovaginitis kl. Mädchen m. Gonokokkenvakzine 734.
Condat s. Comby.
*Copelli, Mario, Ein Vergleich zwischen Salvarsan und Neosalvarsan bzgl. ihrer Wirkung b. experim. Syphilis 908.
Corbett, Dudley, Fall zur Diagnose (Noch nicht beschriebenes Granulom) 866.
— Naevus linearis 895, ferner 1106.
Corbus, B. C., Die Therapie der Blennorrhoe u. ihrer Komplikationen u. Antigonokokkenserum; ein vorl. Bericht üb. 24 Fälle 780.
Corlett, William Thomas, Xeroderma pigmentosum inf. v. heftiger Sonnenbestrahlung, m. Bericht üb. zwei Fälle 746.
Corner, E. M., Die Bedeutung der sekundären Infektion für die Diagnose der Syphilis 1081.
Cottin s. Regnauld.
Courtney, B. J., Die Bhdlg. der Lepra m. intraven. Jodoforminjektionen 1009.
Courty, Louis, Chyluria non parasitaria 694.
Cova, E., Üb. den Cholesteringehalt der Plazenta 1173.
Covisa, José S., Klin.-therapeut. Studie üb. den weichen Schanker am Anus 752.
— Ein Fall von Mykosis fungoides 753.
— Einfluß d. Bhdlg. der schwangeren syphilit. Mütter auf die postkonzeptionelle Syphilis 1081.
— u. Agustina, R. González, Neue Anwendungsart der Staphylokokkenvakzine 752.
Craig, C. B., Aphasie als Folge von Syphilis 1176.
Credé-Hörder (Berlin), Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? 719.
— Wie kann die Blennorrhoe wirksam verhütet werden? 719.
Cronquist, Carl, Einige Beobachtgn. bei Hellers Albuminprobe 692.
Crowell, A. J., Kollargol b. d. Pyelographie 667.
Cruveilhier, Louis, Bhdlg d. blennorrh. Zystitis m. Virusvakzine v. Besredka 738.
— Impfungen m. sensibilisiertem Virus b. Blennorrhoe u. namentlich bei deren Komplikationen 758.
— Bhdlg. der Blennorrhagie m. Virusvakzine 779.
Csillag (Budapest), Btrge. z. Klinik der Erfrierung 925.
Cullen, G. E. s. Ellis.
Culver, George D., s. Montgomery, D. W.
Cumston, Charles G., Z. chirurg. Bhdlg. des Nebenhodentrippers 736.
Cunningham, William P., Über ungewöhnliche Hautlues 1086.
Curtius (Stendal), Fleckfieber 966.
Czapek u. Wassermann, Die akute Harnverhaltung, eine wenig beachtete Wirkung des Morphins 670.

Le Damany, P., Vereinfachung der Technik der konzentrierten Neosalvarsaninjektionen 878.
Damman, E., Seife, Creme u. Puder in der Dermatologie 856.
Daneff, Georg, Üb. die Wirkung d. gelben Quecksilberoxydsalbe im Konjunktivalsack bei gleichzeitiger innerer Darreichg. v. Jodkalium (Tierversuche) 1152.
Darier, J., Die präkanzeröse Bowensche Dermatose, linsen- und scheibenförmige Dyskeratose 868.
Datyner, Hermann, Üb. renale Hämaturien 696.
Dautwitz, F., Mitteilungen aus der k. k. Kuranstalt für Radiumtherapie in St. Joachimsthal 1134.
Davis, Haldin, Fall von Erbsyphilis 1110.
— J. S., Die Verwendg. v. kleinen, dicken Hauttransplantationen 837.
— Die Verwendg. v. Hauttransplantationen b. d. ambulanten Bhdlg. von Ulzerationen 837.
Davis, R. H. s. Engman.
Decastro, A., Btrg. z. Bestimmung des diagnost. Wertes der Antigonokokkenvakzine 762.
Delafield, Francis 858.

Digitized by Google

*Delbanco, Ernst, Paul Ehrlich † 907; ferner 1138.
Delisi, L., Isolysine u. antitrypt. Vermögen des Blutserums der Pellagrakranken 901.
Delta, Constantin, Üb. die Wassermannsche Reaktion bei Flecktyphus 969.
Denman, R., Elektrargol bei Pocken u. Pest 991.
Desneux, Dujardin u. Weill, D., Die Affektionen der Meningen im Verlaufe der Syphilis 1175.
Dessauer u. Wiesner, Kompendium der Röntgenaufnahme u. Röntgendurchleuchtung 985.
Detre, L., Die Untersuchg. d. Harnniederschlages m. d. Tuschsystem 671.
Deutsch, Adolf, Zirkumskripte Narbenschmerzen b. Durchschüssen von Hand u. Fuß. (Hilfsmittel z. Ermöglichung d. gewerbl. Arbeit trotz der Schmerzen) 1033.
Deycke, Georg, Die Beziehgn. d. Lepra zur Tuberkulose 1157.
Dieckmann (Charlottenburg), Prakt. Erfahrungen mit Grotan 851.
Döhring (Königsberg), Üb. die Wirkg. u. Resorption d. verschiedenen Quecksilberpräparate 1153.
Dörge, H., Herpes zoster u. seine Ansteckungsfähigkeit 927.
Dopter, Bhdlg. d. blennorrh. Rheumatismus u. d. Epididymitis m. d. sensibilisierten Antigonokokkenvakzine (Methode von Besredka) 736.
Dore, S. E., Fall zur Diagnose. (?) Xantho-Erythrodermia perstans 866.
— Alopecia areata des Kopfes u. d. linken Augenlider 866.
— Lichen planus hypertrophicus mit Exkoriationen 866.
— Favus der unbehaarten Haut 894.
— Kulturen von Favus der unbehaarten Haut 1109.
— Rekurrierende Eruption der Nates und Oberschenkel 1129.
— Lichen spinulosus und Folliculitis decalvans 1132.
— u. Wilson, S. A. Kinnier, Fall zur Diagnose 1107, 1109.
Dowd, Henry, Üb. zwei wichtige Faktoren b. d. Tuberkulose des Urogenitaltraktus 713.
Dregiewicz, Leopold, Bhdlg. von organischer u. funktioneller Hautkälte d. Extremitäten m. Dermotherma 825.
Dreist (Mainz), Btrg. zur Versorgung wunder Füße 925.
Dreuw, W. H., Üb. das Initialstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq) 774.
Dreuw, W. H., Die Adhäsoltherapie in der Chirurgie u. Dermatologie 850.
— Die Läuseplage u. ihre Bekämpfung 895.
— Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege u. im Frieden 1026.
Dreyfus, G. L., Salvarsannatrium u. seine Anwendg. in der Praxis 877.
Dubois, A., s. Branden.
Duhot, Robert, Neue Verbesserungen in d. Bhdlg. der Blennorrhoe 755.
— Übt die Vakzine v. Nicolle einen Einfluß aus auf die Entwicklg. der Blennorrhagie in der Harnröhre 783.
Dujardin s. Desneux.
Dutoit, A., Üb. die Erkrankg. d. Nebennieren beim Scharlach 939.
Dutsch, Pericholangitis gummosa u. Pneumonia syph. b. e. fast zweijähr. Kinde 1157.
Dyer, Isadore, Winke für das Impfverfahren 992.
— Die Pflicht der Regierung, für Leprakranke zu sorgen und sie zu kontrollieren 1006.

Eber, Hans, Klin. Studien üb. die Phloridzinglykosurie 715.
Ebstein, Erich, Zur Entwicklung d. klin. Harndiagnostik in chem. u. mikroskop. Beziehung 773.
Eddowes, Alfred, Erythema gyratum recurrens 868.
— Fall von Lichen planus circinatus et atrophicus 1132.
Ehlers, Edvard, Gegen die Kindersterblichkeit dch. Erbsyphilis 1082; ferner 698.
Ehrlich, Paul 722, 858.
Ehrmann, R., Üb. den Nachweis v. Jod im Urin 691.
Eichmüller, G., Die Lepra in Tunis 1006.
Eisenbeiß, Erastus M. 698.
Eisendrath, D. N., Die b. d. Pyelographie entstehenden Wirkgn. des Kollargols 667.
Ellis, A. W. M., Cullen, G. E. u. van Slyke, D. D., Der Gehalt des Blutes u. der Zerebrospinalflüssigkeit an Aminosäuren bei syphylitischen u. nicht-syphilit. Individuen 1050.
— u. Swift, H. F., Die Beteiligung des Nervus acusticus b. Syphilis des Zentralnervensystems 1176.
Emmert s. Lüders.
Engländer, S., Ein Rückblick auf die Urethroscopia posterior 774.
Engman, M. F. u. Davis, R. H., Einige Beobachtgn. an den Zellelementen des Blutes b. 300 Fällen verschied. Hautkrankheiten 655.
Erismann, Friedrich 1138.

Digitized by Google

Evans, E. Laming, Akute Striae atrophicae 1130.
Eysell, Ein einfaches Vorbeugungsmittel gg. Verlausung u. ihre Folgen (Nachtrag) 673.

Fabry, Joh., Nachtrag zu meiner Arbeit: Btrg. z. Klinik u. Pathologie des Pemphigus foliaceus 728.
— Üb. zwei Fälle von Neurodermitis nodulosa (großknotige Form der Neurodermitis Brocq) 728.
— Über intravenöse Bhdlg. des Lupus mit Kupfersalvarsan 1031.
Fambri, Helene, Patholog.-anatomische Beobachtgn. üb. einen Fall von Lepra universalis 1007.
de Favento, P., Üb. einen Fall von multiplen Hämorrhagien nach Kalomelinjektionen 921.
Fearnsides, E. G., Erfrierung 689.
Feer, E., Die kleinpapulösen Hauttuberkulide b. Kinde 1027.
Ferry, N. L., s. Kiefer.
Finkelstein, Jul. u. Gerschun, T., Zur Serologie der blennorrh. Erkrankungen 758.
— — Zur Frage der Vakzinetherapie der blennorrhoischen Erkrankungen 760.
Finlay, Carlos John 946.
— R. C., Herpes zoster als Arsenikfolge 652.
Fischel, Richard 674.
Fischer, Max, Üb. Blasendivertikel unter bes. Berücksichtigg. eines dch. Operation geheilten Falles von angeborenem Divertikel 656.
— W., Üb. eine geschwulstartige Form des Lupus 725.
— Sammelreferat üb. die bisher erschienenen Arbeiten üb. die Bekämpfg. d. Geschlechtskrankheiten im Kriege 778.
*— u. Leschcziner, H., Diffuse Pigmentierung der Haut nach Schußverletzung in der Nebennierengegend (traumatischer Morbus Addisonii) 1115.
— Walther, Zur Kenntnis des Blutbildes bei Pocken 990.
Fischl, Fritz, Erfahrgn. üb. spezif. Bhdlg. der Blennorrhoe u. ihrer Komplikationen 756.
— Üb. den Cholesteringehalt d. Serums b. Dermatosen 831.
Flesch, Max, Der Einfluß der Geschlechtskrankheiten a. d. Gesundheit u. Fruchtbarkeit der Frau 777.
— Welche strafrechtl. Folgen würden sich aus der Unterstellung der vener. Krankheiten unter das Reichsseuchengesetz u. Aufhebung der Reglementierung ergeben? 778.
Fletcher, Robert D. 738.
Florand, Bhdlg. d. blennorrh. Arthritiden m. Vakzine v. Besredka 735.
Foerster, O. H., Das gemeinschaftl. Auftreten von Erythema nodosum und Tuberkulose 938.
Forgeot, P., Btrg. z. Studium des Gonokokkus 718.
Forns, M., Talalgia et Metatarsalgia syphilitica 749.
— Syphilis in einer Familie 751.
Fox, Howard, Primäres Epitheliom d. Hand 654.
Fraenkel, Eugen, Üb. den gegenwtg. Stand der Lehre vom Skorbut d. Kinder (Möller-Barlowsche Krankheit) 921.
Fragola, Die Ätiologie des Hydrocephalus congenitus 1174.
Franchetti, A., Untersuchgn. üb. die Pellagra der Kinder 897.
Francis, E., s. Lavinder.
Frangenheim, Paul, Methode zur operat. Bhdlg. der Inkontinenz der Harnblase 1134.
Frank, Kurt 674.
Frankau, Claude, Pyelitis 667.
Frankenthal, Ludwig, Üb. Zystinurie u. Zystinsteine 694.
Frazer, Thomson, Die Dermatitis der Pellagra 749.
Freeman, Charles D. 826.
French, E. G. 930.
Freund, Emanuel 1090.
Freund, Ernst, Fortschritte in der Harndiagnostik 669.
Frey, Ernst, Die Vermeidg. der Nebenwirkungen bei Brom- und Jodkuren dch. gleichzeitige Kalkabgaben 852.
Friboes, W., Üb. e. Fall von Naevus epitheliometasus sebaceus capitis 727.
Friedberger, Die Pocken als Kriegsseuche 969.
— u. Mironescu, Eine neue Methode, Vakzine ohne Zusatz v. Desinfizientien unter Erhaltung der Virulenz keimfrei zu machen 993.
— E., Weitere Versuche üb. ultraviolettes Licht 848.
Friedemann, Üb. Opsonine u. Vakzinetherapie 838.
Friedländer, M., Gonaromat 756.
Friedmann, M., Btrg. z. Kenntnis der nichtgewerbl. chron. Hg-Vergiftung 855.
Fritsch, Gustav, Die menschliche Haupthaaranlage, weitere Beobachtgn. als Nachtrag zu: Das Haupthaar u. seine Bildungsstätte 1044.
Fromherz, K., Über Zystinurie 694.
Frühwald, Richard, Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen 785.

Digitized by Google

Frühwald, Richard, Über die Fortschritte unserer Kenntnis der Pathologie der Syphilis in neuester Zeit 799.
— Neuere Ergebnisse der Syphilispathologie 1081.
Frumerie, Karl, Ein Fall von Erythema induratum m. sehr großer Überempfindlichkeit d. Haut gg. Tuberkulin 1032.
Funk, C., Prophylaxe u. Therapie der Pellagra im Lichte der Vitaminlehre 903.

Gáli, Géza G., Ein Fall von leukämischer Lymphomatose b. paroxysmaler Hämoglobinurie 697.
Gangolphe, Die blennorrhagischen Osteopathien 735.
Gans, O., s. Unna, P. G.; ferner 930.
*Gappisch, A., Ein Fall von Urachusfistel (kombin. m. kondylomatöser Syphilis der Nabelgegend) 827.
Garrison, P. E., s. Siler.
Gaskill, Henry Kennedy, Eine Bromeruption, die Blastomykosis oder Ekzem vortäuscht 923; ferner 882.
Gaté, J., s. Nicolas.
Gatti, S., s. Vidoni.
Gaucher, Ernst 674.
Gause, Einfacher qualitat. u. quantitat. Zuckernachweis im Harn m. der Gärungsprobe 715.
Gayet, Pyelonephritis dch. Gonokokken verursacht 737.
Gentry, E. B., s. Ashburn.
Gerschun, T., s. Finkelstein.
Gennerich, Z. Bhdlg. d. Haut- und Geschlechtskrankheiten im Felde 673.
Ghon, A., Üb. die neuen diagnost. Hilfsmittel bei Flecktyphus 967.
— Einiges von den Erfahrungen üb. die diagnost. Hilfsmittel bei Flecktyphus 967.
Gill, William Craw 906.
Gilmour, Andrew J., Ein Fall von künstl. Dermatitis 655.
— Primärsyphilid am Finger 1065.
Gimeno, Vicente, Skarifikationen u. Pyrogallussäure b. Lupus erythemato-tuberculosus 751.
— Paraplegia syph. v. Erbschen Typus 752.
— Furunkulose u. Staphylokokkenvakzine 753.
Gins, H. A., Mitteilgn. üb. experimentelle Vakzine 838.
Giovannini, S., Kinnhaare m. e. Talgdrüse im Inneren des Follikels: Mißbildung des einen u. seiner Papille 803.
Glaser, F., Salvarsaninfusionen b. Scharlach 961.
Glasewald, Wasserdichte Fußbekleidung u. Erfrierungen 926.
Glück (Breslau), Biolog. Studien an Gonokokken unter Berücksichtgg. des Uranoblens 721.
Glück, A., 826.
Glueck, Bernhard, Kopftraum u. Syphilis als Ursache von Verbrechen 1113.
Göppert, F., Zur Frage der Impfschädigung 1005.
Goldberger L. A., s. Schultze.
*Goldkraut, N. J., Über im Deutschen Reiche autochthon entstandenen Favus 1067.
Golla (Breslau), Ergebnisse der Abderhaldenschen Serodiagnostik b. Gehirn- u. Rückenmarkskrankheiten 831.
Gottfried, S., Ein Fall von Nierenbeckensyphilis 1136.
Gottheil, W. S., u. Sahnstein, D. L., Die Verwendung v. Autoserum bei dermatologischen Erkrankungen 838.
Gougerot 1162.
Goyanes, J., Direkte Chemotherapie lokaler Tuberkulosen auf arteriellem Wege 1028.
Gradle, Harry S., Syphilis der Kornea 872.
Sanz de Grado, J., Skarlatineformes Erythem merkuriellen Ursprungs 749.
— Syphilit. Schanker des Zahnfleisches 751.
— Syphilis pigmentaria 753.
Gradwohl, R. B. H., Bhdlg. d. Syphilis des Nervensystems m. Salvarsanserum 1177.
Graham, Edwin E., Die Vorteile und Nachteile von Quarantänespitälern wg. Masern 964.
Gramenitzky, Th., Üb. die Bhdlg. der blennorrh. Gelenkerkrankungen mit bes. Berücksichtgg. d. Sero- u. Vakzinotherapie 735.
Grave, A., Üb. e. Fall v. Riesennierenstein 666.
Grimm, Randolph M., s. Lavinder; ferner 674.
Groen, K., Das Pflegeheim f. erbsyphilit. Kinder, „Veslehjemmet“ 906.
Groß, Siegfried, Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz) 717.
Groth, A., Bericht üb. die Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Kgr. Bayern i. J. 1913 991.
Grothusen (Kilwa), Salvarsan bei Tropenkrankheiten nebst Bemerkungen über einige tropische Hautkrankheiten 858.
Gruber, G. B., Üb. das Exanthem im Verlaufe der Meningokokkenmeningitis (Genickstarre) 964.
Grübler, Georg 1162.
Grulee, C. G., Die Laboratoriumsuntersuchung zur Diagnose der Frühstadien der hereditären Syphilis 1082.
Grumme (Fohrde), Üb. die Gefährlichkeit der innerl. Joddarreichg. b. Hg-Anwendung am Auge. Besteht ein Unterschied f. verschiedene Jodpräparate 853.

Digitized by Google

Gudgel, Harry B., s. Calhoun.
Gunsett, A., Zur Dosierung der Röntgenstrahlen 840.
— Oberflächentherapie m. hohen Dosen hochgefilterter Röntgenstrahlen spez. b. Kankroiden u. b. d. Hypertrichose 840.
Gußmann, Joseph, Seltenere extragenitszle Primäraffektionen 1064.
— Polyarthritis syphilitica acuta 1113.
Guth, Hugo 674.
Gutmann, C., Üb. intraven. Injekt. mit Toxyonon, einem neuen Hg-Präparat b. Syphilitischen u. Nichtsyphilitischen 879.
Gutowitz, H., Ein Btrg. z. Bhdlg. der Vaginelarkrankungen 716.

Habermann, J. V., Hereditäre Syphilis, mit Bzg. auf klin. Psychologie u. Psychopathologie 1082.
— R., Die Bedeutg. intraven. Arthigoninjektionen f. d. Diagnostik u. Therapie der Blennorrhoe 801.
— Üb. den histolog. Bau von Sklerosenresten nach kombin. Quecksilber-Salvarsankur nebst Untersuchgn. üb. ihren Keimgehalt 1023.
Hackenbruch u. Berger, Vademekum f. d. Verwendg. der Röntgenstrahlen u. des Distraktionsklammerverfahrens im Kriege 986.
Häggquist, Gösta, Von Zellen nervöser Art in der Epidermis d. Menschen 802.
— Histophysiolog. Studien üb. die Temperatursinne d. Haut d. Menschen 803, 805.
Hagelstam, Jarl, Klin. Erfahrgn. üb. Syph. des zentralen Nervensystems 1174.
Hagentorn, Al., Ein Btrg. z. Operation der Blasenektopie 823.
Hahn u. Saphra, Eine einfache, f. d. Praxis geeignete Methode zur quantit. Bestimmung d. Harnstoffs im Urin 691.
Halberg (Kiel), Zur Klinik der akuten, gelben Leberatrophie mit Berücksichtigung der Ätiologie 1138.
Hamburger, R., Z. Vakzinebhdlg. der Blennorrhoe im Kindesalter 734.
Hammer, F., Die Verwendg. des Spiritus bei Hautkrankheiten 856.
Harbitz, Francis, Gummöse Herzsyphilis 1160.
Harrison, L. W., Phylakogen b. Blennorrhoe 758.
Hart, Die syphilitische Aortenerkrankung 1173.
Hartung, Heinrich, Über Harnstauung u. Niereninfektion 670.
Hartwell, Harry F., Die Isolierung der Spirochaeta pallida aus dem Blute Syphiliskranker 807.
Haskell, R. H., Syphilitische Infektion b. Familienmitgliedern v. Paralytikern 1050.
Hata, Sahachiro 762.
Hawkins, John B., Zwei interessante Fälle von Hodenverlagerung inf. von Traumen 777.
Hayes, A., Die Bhdlg. der akuten Blennorrhoea b. Männern 755.
Hazen, H. H., Syphilis b. d. amerikanischen Negern 1032.
Heath, Douglas, Fall von Lichen planus 1110.
— Fall von Pyrodermite végétante 1127.
Hecht, H., Bemerkgn. zu einer Fußnote Tschernogubows im A. f. D. u. Syph., Bd. 120, S. 77 1024.
Hegler, C., Das Erythema nodosum 937.
Heidingsfeld, M. L., Eine neue Behandlungsmethode für Lupus vulgaris 1031.
Heineke (Leipzig), Allgemeines Exanthem nach lokaler Radiumbestrahlung 927.
Heinemann, O., Ein bemerkenswerter Fall von extragenitaler Syphilisinfektion 1065.
Heinrich (Osterode), Über Chylurie, m. Zugrundelegung e. Falles 694.
*Hell, F., Unsere Therapie der kongenit. Lues 787.
Heller 1103.
Herrenheiser, Gustav, s. Braun, Oscar.
Herrmann, Johannes, Üb. die Bhdlg. blennorrhoischer Komplikationen mit Gonargpin 756.
Herxheimer, K., Ein Btrg. zur Darstellung des Bindegewebes 1025.
Heß, L. u. Müller, H., Btrge. z. Pathologie des Ödems (1. Mitteilung). (2. Mitteilung.) 879.
— W., s. Ricker.
Heuck, W., s. Reh.
Heusner, H. L., Üb. die Verwendung von Pikrinsäure b. Verbrennungen u. Erkrankgen. d. Haut 926.
Hilario, José S., Ein Btrg. zur Autoserotherapie gew. Hautkrankheiten 651.
Hindenberg (Strelitz), Einige Erfahrgn. m. der Bachschen Quecksilberdampflampe „künstliche Hohensonne" 842.
Hintze, K., Fieber bei Lebersyphilis 1137.
Hirschberg (Fichtenau), Üb. die Anwendg. des Blennotin b. Blennorrhoe 738.
— J., Die Prognose der blennorrhoischen Ophthalmie 731.
Hirschfeld, Die Bhdlg. des Fluor albus m. Levurinose 718.
Hlava, J., Btrg. zur Kenntnis der Blattern 986.
Hnátek, J, Der syphilitische Kopfschmerz 1174.
Hochsinger, Karl 858.

Digitized by Google

Hodara, Menahem, Histologische Untersuchgn. an — zum Teil bloß lokal — mit Arsen behandelten Fällen von Lichen rubes planus 699.
Hölzel, H., s. Arnold.
Hoest, H. F., Über Urotropin als Desinfiziens der Harnwege 671.
Hoffmann, Erich, Zur Bekämpfg. d. Läuseplage u. Verhütg. der Geschlechtskrankheiten 726.
— Zweimalige Abortivheilung der Syphilis bei Reinfektion nach zwei Jahren 1066.
— Über Fettbauchbildung am Handrücken. (Eine Ergänzung z. d. Arbeit v. J. Strandberg.) 1152.
R. v. Hofmann, Karl, Über Fortschritte in der Bhdlg. der Blennorrhoe, m. bes. Berücksichtgg. der Vakzinetherapie 711.
Holding, A. F., Der relative Wert des Radiums i. d. Dermatologie 841.
Holmström, T. J., Üb. Vakzinebhdlg. d. Blennorrhoe u. blennorrh. Komplikationen beim Weibe 733.
Hopkins, J. Gardner, s. Zinsser.
Hoppe-Seyler, G., Die syphilit. Erkrankungen d. Bauch- u. Zirkulationsorgane (bes. d. Leber u. Aorta) u. ihr Einfluß a. d. Felddienstfähigkeit 1158.
Hornsey, J. F., Dermatitis venenata als Folge von Runguswirkung 924.
Hough, W. H., s. Vedder.
Hübner, Max, Üb. den Wert der Untersuchung auf Spermatozoen b. Sterilität 775.
Hüssy, Alfred, Üb. die Erfolge der Heliotherapie im Hochgebirge bei Tuberkulosen der Hand 1029.
Hummrich, Ernst 1066.
Hunt, J. K., Syph. der Wirbelsäule; deren Symptome u. nervöse Komplikationen 1113.

Isbary, Walter, Btrg. z. Verwertg. von Dermotherma 849.

Jack, W. R., Vakzinetherapie d. blennorrh. Vulvovaginitis 734.
Jacobsohn, Julius, s. Mühsam.
Jacoby s. Klempner.
— Samuel 786.
Jaquet, Lucien 674, 745.
Jadassohn u. Rothe, L., Zur Pathogenese der Urtikaria 880.
v. Jagic, N., Orthostatisch-lordotische Albuminurie u. Tuberkulose 692.
Jarecki, Üb. Divertikel u. andere Urintaschen d. weibl. Harnröhre 657.
Jersild, O., Ein Fall von Syphilis mit ungewöhnl. spät n. d. Infektion auftretender WR. 1088.
Jobling, James W. u. Petersen, William, Die therapeut. Wirkg. des Jods 851.
Jochmann, G., Über die Diagnose der Pocken 986.
— Üb. Diagnose u. Therapie der Pocken 987.
Johnston, J. A., Ein Btrg. zur Bakteriologie der Lepra 1008.
Jolles (Wien), Üb. die volumetrische quantit. Harnstoffbestimmung 691.
— Über eine neue Indikanreaktion 697.
Joneso, H., s. Babes.
Jonescu, Titu, Der Kampf gg. die vener. Krankheiten 818.
Joseph, Max, Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten f. Ärzte u. Studierende 895.
Jourdanet, P., Die Rolle des Nervensystems b. professionellen Dermatitiden 822.
— Indikationen der Mineralwässer b. der Bhdlg. v. Hautkrankheiten u. Syphilis 838.
— Mediane rhombische Glossitis des Zungenrückens 1114.
Joyeux, Charles, Btrg. z. Studium der afrikanischen Pilzerkrankungen, Trichophyton sudanense 809.
Jürgens, Über Fleckfieber 965.

Kämmerer, H., Die Abwehrkräfte des Organismus 921.
Kafka, V., Die Luesdiagnostik in Blut und Rückenmarksflüssigkeit (mit Einschluß der Luetinreaktion) 1091.
Kahler, H., s. Biach.
Kahlmeter, G., Über Pseudotabes hypophysacea 1173.
Kaiser u. Löwy (Prag), Üb. Schwankungen der Serumkonzentration b. Skarlatina 941.
Kanngießer (Braunsfeld), Üb. die Seuche des Thukydides 965.
Katz, Hans 738.
Kaufmann, R., Üb. die Anwendg. des synthetischen Kampfers in der Dermatologie 726.
Kaufmann-Wolf, Marie, Zur Klassifizierung einiger Dermatomykosen 1023.
Kayser, Paul, Erfahrungen des Feldlazaretts 6 des VI. Armeekorps 906.
Keene, Floyd E. u. Pancoast, Henry K., Der gegenwärtige Stand der Pyelographie 666.
Keil, Adolf, Zur Vakzinebhdlg. der Blennorrhoe u. deren Komplikationen 759.
Kelen, B., Die Thermopenetration in der Frauenheilkunde 754.
Kellert, E., Die Kombination von Karzinom, Syphilis und Tuberkulose bei einem u. demselben Individuum 1081.
Kelsall, O. H., Üb. das sogenannte renale Hypernephroma 799.

Digitized by Google

Kerl, Wilhelm, Erythema chronicum migrans 928.
— s. Biach, ferner 882.
Kersten, H. E., Die pockenverdächtigen Erkrankungen in Rabaul im Februar 1914 969.
Kiefer, G. L. u. Ferry, N. L., Einige Versuche m. Bakterienvakzine b. Scharlach 942.
Kißmeyer, A., Reinzüchtung der Spirochaeta pallida 808.
Kitasato, Shibasaburo 762.
Klander, J. V., s. Robertson.
Klause, K., Über Vakzinebehandlung bei Blennorrhoe 760.
*Klausner, E, Üb. eine seltene Gonokokkenmetastase (Bursitis tuberositatis tibiae) im Verl. einer akuten Gonorrhoe 723.
— Krieg u. Geschlechtskrankheiten 930.
*— Über kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen 994, 1161.
Klébansky, Alexander, Die Bhdlg. der blennorrhoischen Ophthalmie der Neugeborenen 721.
Klein, A., Komplementbindung bei Variola 990.
— Frederick u. Welker, Charles H., Üb. eine Urinprobe, die für die Karzinom- und Sarkomdiagnose v. Nutzen ist 671.
Kleissel, Rudolf, Die Erkrankgen. des Magens bei Lues 1135.
Klemperer, F., Über intravenöse Jodtherapie 852.
— G. u. Zinn, W., Zur Diagnose u. Prophylaxe des Fleckfiebers 967
Klempner u. Jacoby, Zur Bhdlg. der Zystinurie 715.
Klimenko, W. N., Die Bedeutung d. Spindelzellen i. d. Pathologie d. Scharlachs 939.
Kling, Karl A., Technik der Schutzimpfg. gegen Varizellen 969.
Klotz, Hermann G., Die psychische Seite der Syphilis, moderne Syphilislehren u. Common Sense 1047.
*Knack, A. V., Kontralaterale Alopezie nach Kopfschüssen 811, *Nachtrag 1060.
Knowles, Frank Crozen, Urtikaria pigmentosa, spez. in bzg. auf die Histologie 747.
Kobrak, Erwin, Dch. Diphtheriebazillen hervorgerufene blennorrh. Prozesse, spez. in der kindl. Vagina 717.
Koch, Gibt es eine erfolgreiche Scharlachbehandlung? 942.
Köchlin, Jean, s. Netter.
Kolischer, Gustav, Fett-Transplantation b. chirurg. Bhdlg. im Urogenitaltraktus 871.
Kolmer, John A. u. Strickler, A., Komplementbindg. b. parasitären Hautkrankheiten 831.
— s. Schamberg.
Kottmaier, Elsa, Ein Btrg. z. Deutg. der Herxheimerschen Fasern i. der Epidermis 727.
— s. Kottmaier, Jean.
Kottmaier, Jean u. Kottmaier, Elsa, Zwei beachtenswerte Fälle v. Syphilis im Hinblick auf extragenitale Infektion u. deren Prognose 729.
— — Variköser Symptomenkomplex und Röntgenbild 1024.
Kotzenberg, W., Btrg. z. Kasuistik d. Zysten d. vesikalen Ureterendes 668.
v. Kouschegg, A., Komplementbindung bei Variola 990 (Bis).
Kraus, R., Zur Frage der persönlichen Prophylaxe gg. Typhus exanthematicus 968.
Kreibich, C., Neurodermitis verrucosa 729.
— Keratohyalin 729.
— Maculae caeruleae b. e. Falle von Typhus exanthematicus 966.
— Hautveränderungen in einem Falle von lymphatischer Leukämie 1024.
— Rezidivierendes Erythema perstans faciei m. Ausgang in Atrophie 1024.
— Dermatitis angioneurotica 1025.
Kreibich, Hans, Iritis u. Arthigon 732.
Krompecher, E., Üb. den Durchbruch von Pseudoxanthomzellen dch. Zylinderepithelschichten 806.
Krüger (Kohn), Samuel 994.
v. Krzysztalowicz, Franz, Zur Frage der Vorbeugung der vener. Erkrankungen in der Armee 882.
— u. Walkowski, Johann, Die dermatologischen Erfahrgn. im Kriege 1088, ferner 674.
Kühl, Zur mikroskop. Prüfung auf Harnzylinder 691.
Kuhlfelt, E., Üb. Vakzineerkrankung des Auges 1005.
Kyrle, J., Btrg. z. Frage der Basalzellengeschwülste der Haut 728.
— Btrg. z. Kenntnis der Resorzinvergiftung b. äußerer Applikation d. Mittels 1151; ferner 1090.
— u. Mucha, V., Über intravenöse Arthigoninjektionen 784.

Lamphear, Emory, Prostatektomie unter lokaler Narkose 777.
Landau (Warschau), Studien üb. Adrenalinglykosurie b. Menschen 714.
Landouzy (Paris), Erythema nodosum u. tuberkul. Septikämie 938.
Lange (Berlin), Ein Fall von Hyperkeratosis blennorrhoica 737.

Digitized by Google

Laqueur, A., Über Thermopenetration 849.
Lavau, s. Nanta.
Lavinder, C. H., Francis, E., Grimm, R. M. u. Lorenz, W. F., Versuche zur Übertragg. von Pellagra auf Affen 902.
Ledermann, Reinhold, Hautkrankheiten und Ehe 819.
— Syphilis und Ehe 1047.
— u. Misch, Julius, Hautkrankheiten 821; ferner 1105.
Ledingham, J. C. G., Die experimentelle Erzeugung von Purpura b. Tieren dch. die Einführg. v. Antiblutplättchenserum 921.
— u. Bedson, S. P., Experimentelle Purpura 904.
Ledo, Antonio, Ausgedehnter Hautdefekt dch. Anwendg. der Bleiplatte geheilt 750.
— Große vegetierende Warze mit Kohlensäureschnee behandelt 750.
— Naevus angiomatosus m. Kohlensäureschnee behandelt 751.
Leggett, W., Vanille, ein Hautreiz 924.
Lehmann, W. 1066.
Lénard (Budapest), Klin. Erfahrgn. m. d. Jodeiweißpräparat Testijodyl 853.
Lenzmann, Richard, Weitere Erfahrgn. üb. die Bhdlg. des Scharlachs m. Salvarsan 945; ferner 1114.
Leonhard, O., Ein mit Ulsanin (Hydrojodoborat) geheilter Fall von Gesichts- u. Nasenlupus 1032.
Lequeux, s. Bar.
Leschcziner, H., s. Fischer, W.
Lesser 1104.
Lesser, Fritz, Gibt es eine paterne Vererbung d. Syphilis? 1049.
Leszlényi, O., Zur internen Bhdlg. der Blennorrhoe m. Kawotal 779.
— u. Winternitz, J., Zur intraven. Anwendg. des Arthigons b. d. blennorrh. Erkrankgn. d. Weibes 786.
Lévy, R., Differentialdiagnose zw. Angina Plaut-Vincenti u. Primäraffekt der Tonsille 1064.
Lewandowsky, F., Üb. Kerion Celsi, verursacht dch. Mikrosporon Audouini, nebst Bemerkgn. üb. die in Hamburg vorkommenden Mikrosporon- und Trichophytonarten 1154.
Lewinski, J., Üb. den Wert intravenöser Arthigoninjektionen 785.
v. Lichtenberg, A., Zur operat. Bhdlg. d. chron. rezid. Kolipyelitis 657.
— s. Adrian.
Lichtenstein, A., Beitrag zur Kenntnis der Säuglingsmasern 963.
Lie, H. P., Etwas vom Verhältnis zwischen Tuberkulose u. Lepra 1006.
Lieske, Hans, Die Strafwürdigkeit der Ansteckung i. d. Vorarbeiten z. Strafgesetzreform 726, 778, 1034, 1155.
*— Gewissenszweifel in Fragen der Schweigepflicht gegenüber Geschlechtskranken 1119.
Lindemann, Alfred, Zur Frage der Stoffwechselerkrankungen 822.
Lindner, E., Zur Epidemiologie u. Klinik des Flecktyphus 965.
Lindvall, Ad. Hermann, Ein Fall von Purpura m. Eruption hämorrhagischer Bläschen 904.
Lipschütz, Benjamin 762.
Lisznyai, E., Die Arthigonbhdlg. der blennorrh. Komplikationen 758.
Little, E. G. Graham, Fall zur Diagnose: (?) Multiples Ulcus rodens oder Epithelioma adenoides cysticum 865.
— Zwei Fälle von Wachstumsstillstand der Kopfhaare aus unbekannter Ursache 866.
— Fall von Lichen spinulosus 868.
— Fall von Pityriasis rosea 868.
— Fall von Parapsoriasis en plaques 868.
— Multiple Tumoren 893.
— Ulcus rodens 894, 984.
— Gleichzeitiger Herpes zoster am 3. u. 8. linken Dorsalsegment 1108.
— Dermatitis herpetiformis 1108, 1129 (Bis).
— Epitheliom am rechten Schenkel 1108.
— Persistierendes Geschwür der rechten Fußsohle nach Röntgenbestrahlung 1109.
— Folliculitis decalvans et atrophicans 1109, 1129.
— Multiples Ulcus rodens d. linken Wange von ungewöhnl. kurzer Dauer 1109.
— Chronisch-septisches Papillom n. e. bullösen Eruption 1129.
— Mykosis fungoides nach Röntgenbehandlung 1130.
— Lichen planus linearis 1132.
— Fall zur Diagnose. Pellagra? Addisonsche Krankheit? 1132.
Livon, Jean, Btrg. z. Studium der Vakzinetherapie d. Blennorrhoe 761.
— Btrg. z. antigonokokkischen Vakzinetherapie 761.
Lockwood, Charles D., Üb. Hydrozele des Samenstranges 714.
Loeb, Richard 1066.
Löhe, H., Klinische u. pathol.-anatom. Untersuchgn. üb. Skelettveränderungen b. kongenit. Syphilis u. ihre Heilungsvorgänge 1083.
Loewe, O., Bhdlg. des eingewachsenen Nagels 925.
Löwenberg, Paul, Zum Latenzstadium der Masern. Beobachtungen an 76 Fällen von Masern-Hausinfektion an den Kinderspitälern zu Graz und München 1893 bis 1912 962.

Digitized by Google

Loewit 1105.
Löwy, s. Kaiser.
Löwy, Robert, Zur Frage der neurotropen Wirkg. des Salvarsans 876.
Lohnstein, H., Zur Hochfrequenzbhdlg. v. Papillomen in der Nähe des Orificium int. urethrae 772.
— Die deutsche Urologie im Weltkriege 773 (Bis).
Lohnstein, Theodor, Weitere Btrge. zur Saccharometerfrage 715 (Bis).
Lomholt, Svend, Negativer Spirochätenbefund in e. syphilit. Schanker, verursacht dch. professionelle Quecksilberresorption 1153.
Lommel, Btrge. z. Kenntnis der Antiperistaltik des Vas deferens 657.
Lontos, Emil, Bedeutg. u. Bhdlg. der Blennorrhoe b. Weibe m. bes. Berücksichtgg. des akuten Stadiums 732.
Lorenz, W. F., s. Lavinder.
Lossen, W., Über Vererbung familiärer Merkmale, spez. den Vererbungsmodus der Bluterkrankheit u. Versuch seiner Erklärung 823.
Lube (Braunschweig), Ein Todesfall dch. akute Arsenvergiftung n. Salvarsaninjektion bei einer Nichtluetischen 876.
Lüders, R., Emmert u. Better, O., Üb. ein neues Jodpräparat „α-Joddihydroxypropan" 1154.
Luithlen, Fr., Üb. Allgemeinbhdlg. von Hautkrankheiten 834.

Mac-, s. Mc.
Mackay, Hugh 762.
Macleod, J. J. R., Die neuesten Arbeiten üb. die physiol. Pathologie der Glykosurie 714.
— J. M. H., Beobachtgn. üb. Molluscum contagiosum 688.
— Ringworm d. Hand 868.
— Dermatitis artefacta 894.
— Akute Dermatitis dch. Koprastaub 984.
— Die pemphigoiden Eruptionen 1111.
— Dermatitis herpetiformis 1128.
— Fall zur Diagnose 1128, ferner 1107.
Mann, Ludwig, Über Diathermie 849.
Manolescu, N., Metastatische blennorrhoische Konjunktivitis 731.
Mañueco-Villapadierna, E., Die Vakzinetherapie b. blennorrh. Adnexerkrankungen 751.
Mapes, Charles C., Üb. vererbte syphilit. Dyskrasie; ein kritischer Kommentar üb. die sog. Syphilis hereditaria 713.
— Unstimmigkeiten b. d. urolog. Auffassung d. Neisserschen Urethrorrhoe — d. sog. Blennorrhoe 800.
— Unklarheiten i. d. Anschauungen üb. Syphilis m. bes. Berücksichtgg. d. sog. heredit. Fälle 776.
Marc, Wolrad 1162.
Marchand, Felix, Üb. die Neubildg. der elastischen Fasern in Hautnarben, ein Btrg. z. Altersbestimmung von Narben 833.
Mariani, Giuseppe, Patholog.-anatom. Beobachtgn. u. krit. Bemerkgn. über Endotheliome u. Spindelzellensarkome d. Haut, üb. pigmentierte Nävustumoren u. basozelluläre zystische Epitheliome 870.
Marie, Auguste 674.
von Marschalkó, Thomas 1034.
Martelli, P. N., Die auf Hauteiterungen folgenden renalen u. perirenalen Eiterungen 690.
Martin, J. C., Trichotillomania 722.
Saint-Martin, E., s. Uteau.
Martinotti, Leonardo, Üb. die Verhornung des Nagels 803.
— Untersuchgn. üb. den feineren Bau d. menschlichen Epidermis in Beziehg. zu ihrer Funktion der Eleidokeratinbildung. Malpighische Schicht u. Produktion der Epidermisfibrillen 806.
— Epithelisierende Wirkg. der Aminoazobenzole 837.
— Konzentrierte Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan 878.
*Marx, Hans, Ein Simulationsfall von Gesichtsulkus bei einer Hysterischen 883.
Marziani, A., Deferenitis blennorrhagica ohne Epididymitis 736.
de Massary, Chron. Thyreoiditis u. abortives Myxödem b. e. Syphilitiker, progress. Paralyse vortäuschend 1173.
Mattioli, L., Alterationen d. Schilddrüse inf künstl. erzeugter Stauung; Einfluß dieser a. d. System der inneren Sekretionen, a. d. Haut u. a. d. organische Entwicklung 830.
Mauclaire (Paris), Arthritis blennorrhagica 735.
Mayer, Otto, Kleine Btrge. z. Methodik der Harnuntersuchung. Eine empfindliche Probe zum Nachweis v. Albumin im Harn 693.
McAllister, John Joseph Hector 722.
McCormac, H., Fall zur Diagnose: (?) Persistentes noduläres Erythema multiforme 865.
McDonagh, J. E. K., Coccidiosis avenerea 893.
McDonald, W. M., Pellagra in Antigua 897.
McGowan, John Patrick 738.
McKee, George M., Purpura annularis teleangiectodes 656, 747 (Bis).
McMurtrie, Douglas C., Sexuelle Verkehrtheiten b. e. Frau in mittleren Jahren 776.
— Die Prostitution in Europa 820.

Digitized by Google

McNeel, W. J., s. Siler.
Meachen, Norman, Über neue Bhdlgsmethoden in der Dermatologie 871.
Medlroy, A. L., Einige Probleme b. d. Bhdlg. von vener. Erkrankungen 819.
Meirowsky (Köln), Untersuchgn. üb. die Stellung der Spirochäten im System 807.
Mendel, Kurt, Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde 882.
Mense, C., Zur Frage der Bekämpfung des Fleckfiebers u. d. Läuse 968.
— Pocken u. pockenähnl. akute Exantheme in den Tropen 969.
*Mentberger, Victor, Über Argulan, ein neues organ. Quecksilberpräparat 931.
Menzer, A., Zur intraven. Anwendg. der Gonokokkenvakzine 784.
Metschnikoff, Elias 786.
Meyer, Ernst 1138.
— Fritz M., Zur Anwendg. der Röntgenstrahlen in der Dermatologie 839.
*Miescher, G., Die Trichophytinreaktion im Blutbild 1011.
Milani, E., Einige Modifikationen d. Technik d. Photo-Radiotherapie des Lupus 1029.
— Üb. die Photo- u. Radiotherapie des Lupus 1030.
Milian, G., Die Herxheimersche Reaktion 858.
Mironescu s. Friedberger.
Misch, Julius, s. Ledermann.
— W., Zwei Fälle von Nephritis chron. dolorosa ohne jeglichen Harnbefund 772.
Mistiaen, Beweis der Überlegenheit der Zubereitung von Neosalvarsan b. Luftabschluß üb. die Methode der Zubereitung bei Luftzutritt 878.
— Kolloide u. Blennorrhoe 757.
Miyaji, S., s. Prowazek.
Miyauchi s. Rehn.
Mochi, L., Nephritis interstitialis et parenchymatosa b. Erbsyphilis 1157.
Model, Minna, Staphylo- u. Streptokokken bei Skabies u. einigen anderen banalen Dermatosen 825.
Mössmer, Ernst, Beitrag z. Kenntnis der Nachkrankheiten des Scharlachs 939.
Monrad (Kopenhagen), Üb. kutane u. perkutane Tuberkulinreaktionen b. Kindern 1009.
Montgomery, Douglas W., Die Alopezia b. Hyothyreosis 748.
— Die Verwendg. v. Borsäure b. Hautkrankheiten 850.
— u. Culver, George D., Ein Fall von asymmetrischer Raynaudscher Krankheit 656.
Monti, Rom., Die Behdlg. der Lues congenita mit Embarin 1085.
Moore, H., Tertiäre Ulzeration m. Salvarsan behandelt 1087.
Moos (Berlin), Unterschiede in der Ausscheidg. u. Ausnutzung des Jods 852.
Morawetz, Gustav, Zur Diagnose u. Therapie der Variola 988.
Morlot u. Zuber, Zwei Fälle akuter Quecksilbervergiftung 855.
Morris, M., Die Beziehgn. der Internsekrete z. dermatolog. Affektionen 824.
Moutot s. Nicolas.
Mucha, V., s. Kyrle.
Mühlens, P., Über Fleckfieber u. Rückfallfieber 965.
Mühsam, Hans u. Jacobsohn, Julius, Üb. Beziehgn. zw. Anaphylaxie, Urtikaria u. parenteraler Eiweißverdauung 880.
Müller, H., s. Heß.
— Ulcus molle od. Primäraffekt, eine therapeutische Betrachtung 1064.
— u. Bender, E., Versuche m. d. Nicolleschen Gonokokkenvakzin (Dmegon) 783.
— M., Zur Frage von dem Nutzen der Reglementierung der Prostituierten 820.
Muhlberg, William, Einige prakt. Konsequenzen von 8000 Urinuntersuchungen 670.
Munger, Carl E., Angioneurotisches Ödem 879.
Murlin, John R. 722.
Mussatow, N. A., Z. Frage üb. die Bhdlg. d. chron. blennorrh. Salping-Oophoritiden dch. intrauterine Injekt. von Argentamin. 733.

Nanta u. Lavau, Über Naevus anaemicus 869.
Narbel, Btrg. z. Studium des Zeckenstiches 869.
Nathan, Ernst, Üb. die Tschernogubowsche Modifik. d. Wasserm. Reaktion 1154.
Natonek, Desider, Btrg. zur Bewertung der quantitat. Harnindikanbestimmung 697.
Necker, Friedrich 1178.
Nehl, Fritz, Üb. den Einfluß d. Nervensystems a. d. Pigmentgehalt d. Haut 805.
Neisser, A., Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten 928.
— Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen 994.
— Schaudinns Entdeckung im Jahre 1905 1024.
— Welche Lehren können wir aus den wd. des Krieges gewonnenen Erfahrgn. f. d. weiteren Kampf gg. die Geschlechtskrankheiten ziehen 1089.
— Üb. das urtikarielle Ekzem 1153.
— M., Bemerkgn. zum „Pockenprozeß Spohr-Bachem“ 970.

Digitized by Google

Netter, Arnold u. Köchlin, Jean, Urtikaria als Folge von Blutegelapplikation 881.
Neuber, E. 1010.
Neuda, P., Zur Pathogenese des Quinckeschen Ödems 880.
Neugebauer, Oskar, s. Oppenheim, M., ferner 722.
Neumann, Paul, Beitrag z. Statistik der Kinderkrankheiten Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Masern in Preußen i. d. J. 1901—1912 938.
Neurath, R., Luetische Meningoenzephalitis b. e. Kinde 1176.
Newcomer, W. S., Radium u. d. Röntgenstrahlen i. d. Strahlentherapie 841.
Nicolas, J., Moutot, H. u. Gaté, J., Zwei Fälle von Schädelsyphilis mit großen Sequestern 1113.
Nicolle, C. u. Blaizot, L., Haltbare u. nichttoxische Antigonokokkenvakzine 782.
Nielsen, Ludw., Ein Fall v. Syphilis mit Primäraffektion in der Vagina 1174.
Nitzesco, J. J., Zeinolytische Fermente im Blut Pellagrakranker 901.
Nixon, J. A., Fall von Baumwollensamen-Dermatitis 1106.
— Universelle Pigmentation zur Diagnose 1130.
Nobécourt (Paris), Syphilitische Meningitisformen 1175.
*Nobl, G., Über Lupus follicularis disseminatus 1163.
Le Noir, Untersuchgn. üb. die Häufigkeit der Syphilis 1033.
Nonne, Max, Syphilis und Nervensystem 874.
— Das Problem d. Therapie d. syphilogenen Nervenkrankheiten im Lichte der neueren Forschungsergebnisse 1177.
Nordmann, O., Die Chirurgie d. prakt. Arztes 835.
Novotný, J., Die Bhdlg. mit Kohlensäureschnee 853.
Nußbaum, M., Zur Frage von der Entstehung u. Bedeutung der Geschlechtszellen 803.

Oberländer, Felix Martin 994.
Obmann, K., Ein Fall von generalisierter Vakzine bei Ekzema capitis 1005.
Obregia, A. u. Popea, A., Besonderer Einfluß des Neosalvarsans a. d. Speichelsekretion 878.
Ochs, Benjamin F., Dermatosen bei Toxämien 821.
Odstrčil, J., Bhdlg. der Blennorrhoe mit Joddämpfen 738.
Ohlmacher, A. P., Ein Verfahren z. Umgehung der Schwierigkeiten der Verpflanzung bei Gonokokkenkulturen 810.
Olion, Th., Üb. die Wirkg. des Radiums bei Carcinoma vulvae 717.
Oliva, V., Totale Ureterektomie wg. Tumor 669.
Oliver, W. J., Fall von Tinea Mikrosporon der behaarten Kopfhaut beim Erwachsenen 984.
— s. Sequeira.
D'Onghia (Neapel), Die Bedeutung u. Wichtigkeit der Albuminurie b. Tuberkulösen 691.
Oppenheim, Hans, Z. Puderbhdlg. des Fluors b. Weibe 717.
— M., Drei noch nicht beobachtete Gewerbekrankheiten d. Haut 924.
— Buchsbaumdermatitis b. e. Gärtner, hervorgerufen dch. die Zurichtg. d. Blätter des heimischen Buchsbaumes 924.
— Typische Nagelveränderungen b. Kapsel- und Patronenarbeiterinnen 924.
— Progrediente Ätznatronwirkung auf die Nägel eines Glasergehilfen 924.
— u. Neugebauer, O., Gewerbliche Hautkrankheiten 925.
Orlowski, Paul, Verursachen sterile Tripperfäden weißen Fluß? 719.
— Üb. die Technik der Bhdlg. der akuten Blennorrhoe 800.
Ozaki, J., Üb. die bakteriolog. Bedeutg. der Hautdrüsensekrete b. d. asept. Chirurgie 825.

Pancoast, Henry K., s. Keene.
Parker, Gilbert, Purpura haemorrhagica 903.
Pasini, Agostino, Nah- u. Fernresultate d. Röntgentherapie b. einigen infiltrativen Hauterkrankungen 830.
— Toxische Nebenerscheinungen des Embarins 851.
— Krieg, Prostitution u. Geschlechtskrankheiten 869.
— Über das Leukoderma syphiliticum 1087.
Paul, Gustav, Zur Differentialdiagnose der Variola u. der Varizellen. Die Erscheinungen an der variolierten Hornhaut des Kaninchens u. ihre frühzeitige Erkennung 988.
— Über Blattern u. Blatternbekämpfung 988.
Paus, Nikolai, Zwei Fälle von Nierenzysten 664.
Pedersen, Victor Cox, Eiter im Urin 672.
Pellegrini, Rinaldo, Btrg. zur Kenntnis der Leukoenzephalitiden bei Erbsyphilis 1083.
Pels, J. R., Ein Fall von miliarem Lichen planus m. ungewöhnl. klin. u. pathol. Befunden 653.

Digitized by Google

Pernet, George, Trichotillomanie m. anderen artefiziellen Läsionen 690.
— Fall von Lupus erythematosus 867.
— Zwei Fälle von Dermatitis factitia 893.
— Fall von tertiärer Syphilis 895.
— Eruptionen dch. eine „Blutmixtur" 1107.
— Erythema induratum Bazin 1107.
— Ulcus rodens 1109.
— Gelbfärbung d. Haut dch. Pikrinsäure 1109.
— Rekurrierende bullöse Eruption der Hände und Füße (Akropompholyx) 1128.
— Primäraffekt am Handgelenk 1131.
— Morphoea 1131.
Perroncito, Aldo, Die Ätiologie der Pellagra 899.
Petersen, Hjalmar, Kongenitale familiäre hereditäre Alopezie a. d. Basis eines Hypothyreoidismus 725.
— William, s. Jobling.
Petruschky, J., Bakteriologische Befunde bei Fleckfieber 966.
Peyri Rocamora, Jaime, Mineralwasserbhdlg. d. squamösen Dermatosen 838.
— Der gegenwärtige Stand der Lichttherapie 839.
Pick, Walther 738.
Pinck, Hayward, Bericht d. Radiuminstitutes in London 841.
Pinczower, A., Zur Kenntnis der Polyneuritis syphilitica 730.
Pipping, W., Üb. Anwendg. u. Bedeutg. der Pirquetschen Reaktion im Kindesalter 1010.
Pisek, Zur Diagnose u. Prophylaxe des Flecktyphus 968.
Polland, R., Die oberhäutg. großer Hautdefekte unter bes. Berücksichtgg. der Anwendg. v. Pellidol u. Azodolen 837.
*Pontoppidan, B., Üb. die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum 734, *1077.
— Erik, Blennorrhoische Krankheiten d. weibl. Genitalien 732.
*— Gonorrhoe der weibl. Genitalia interna 843.
Popea, A., s. Obregia.
Porcelli-Titone, F., Üb. die Gegenwart verschiedener Antikörper im Serum Syphilitischer 870.
Porges, O. u. Strisower, R., Über Marschhämoglobinurie 697.
Portner, Ernst, Diagnostik u. Therapie der Hämaturie 695.
— Heiratsfähigkeit nach Tripper 718.
Posner, C., Zylinder u. Zylindroide 691.
*— Felix Martin Oberländer † 1061.
Posselt, Karl 738.
Potter, Alfred, Dermatitis bullosa, dch. den Bac. coli verursacht 748.
Powell, R., Die Bhdlg. der akuten Blennorrhoea b. Männern 755.
Poyet, Gaston u. Tarneaud, Jean, Syphilit. Perforation des Gaumensegels u. hartnäckige Halsdrüsenschwellung erfolgreich mit Enesol behandelt 1087.
Pranter, Victor, Üb. die Bhdlg. schwerer Erfrierungen 925.
Preisich, K., Die Bhdlg. des Scharlachs 943.
Pringle, J. J., Ein Fall von Pemphigus vegetans 866, 1128. ferner 868.
v. Prowazek, S. u. Miyaji, S., Weitere Untersuchgn. üb. das Vakzinevirus 1004.
Przedpelska, Halina, Untersuchgn. üb. das Verhalten des Liquor cerebrospin. b. älteren Heredosyphilitikern 1082.
Pulvermacher, L., Orientbeulen 1126.
Puntoni, V., Störungen d. Hautfunktion als Ursache gastrointestinaler Läsionen 822.
Puscariu, Elena, Bhdlg. d. Konjunktivitis blennorrhoica m. Äthylhydrokuprein 731, 732.

Radenićio, Ein Fall von Erythromelalgie, kombiniert m. Raynaudschem Symptomenkomplex 897.
Raizies, G. W., s. Schamberg.
Rasch, Chr., Sarkoma cutaneum teleangiectaticum multiplex („Akrosarkoma" Kaposi) m. Knochenaffektion 1153, ferner 762.
Ravitch, M. L., Welche Stellung nimmt gegenwärtig die Bhdlg. m. Autoserum in der Dermatologie ein? 839.
Ravogli, A., Lupus erythematosus diffusus, unter Mißerfolg m. Tuberkulin behandelt 748.
Rebaudi, U., Üb. die interne Bhdlg. der blennorrhoischen Urethritis 755.
Reed, A. C., Syphilis in China 1033.
Reenstierna, John, Einige Versuche m. der Antigonokokkenvakzine nach M. Nicolle-Tunis 783.
— Impfversuche an Affen m. d. Gonokokkus Neisser 729
Regnauld u. Cottin, Azidität des Harns bei Tripper 718.
Reh, G. u. Heuck, W., Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bezüglich der Gefahren des Geschlechtsverkehrs 1026.
Rehder, Hans, Üb. die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse 939.
Rehn, Ed. u. Miyauchi, Das kutane u. subkut. Bindegewebe in veränderter Funktion 802.
Reiche, F., Serumexantheme 896.
Reinhard, F., Blennorrhoe u. blennorrh. Komplikationen b. e. Säugling 733.

Digitized by Google

Reisinger, G., Zur Epidemiologie der Kriegsseuchen. Flecktyphus und Blattern 965.
Reissmann, Rudolf, Üb. die Anwendg. der zehnprozentigen Protargolsalbe 853.
Remertz, Statist. Btrg. zur Paralysefrage bei Mittel- und Unterbeamten m. bes. Berücksichtgg. der Militäranwärter 1133.
Remlinger, P., Btrg. z. Studium der antiblennorrh. Vakzinetherapie 761.
Remund, Bericht üb. den Verlauf der Militärimpfungen anläßl. der Pockenfälle in der Kaserne Aarau 992.
Renisch, Kollargol u. Arthigon b. blennorrh. Komplikationen 757.
Renz, H., Zur Klärung der Embarinfrage 851.
Rezníček, Richard, Klin. Studien üb. den Dermographismus 880.
Ricker, G. u. Hesse, W., Üb. den Einfluß des Quecksilbers, namentl. d. eingeatmeten, auf die Lungen v. Versuchstieren. Mit e. Abschnitt üb. die Lungengefäßnerven 854.
Riehl, G., Bemerkgn. üb. Erfrierung 926.
Riether, Gustav, Syphilis und Findelanstalt 1048.
Rille, J. H., Hämophilie u. heredit. Syphilis 1083.
del Rio y Hortega, P., Neue Methode z. Färbg. der Syphilisspirochäte 807.
Riosalido, Syphilis ossea hereditaria tarda 1084.
Risel, Die Diagnose der Blattern 970.
Robertson, W. E. u. Klander, J. V., Verschiedene Typen von Syphilis 1081.
Robinson, G. W., Bleivergiftung als Folge des Gebrauchs von Schönheitsmitteln 674.
Röntgen 722.
Roger, H., Die syphilitischen Meningitiden 1175.
Rondoni, Pietro, Hypersensibilität maisernährter Meerschweinchen gg. Blutserum Pellagröser 901.
Roos, Heilung e. Falles von Schwangerschaftsdermatose m. Ringerscher Lösung 880.
Rosenberg, Drei Fälle von zyst. Dilatation des vesikalen Ureterendes 656.
Rosenbloom, Jakob u. Cameron, C., Stoffwechselstudien b. e. Falle chron. Urtikaria 654.
Rosenfeld, Üb. syphilitische Myokarditis 1159.
Rosenstein, Julius, Soll die gesundheitl. Überwachung der Prostitution aufgehoben werden? 820.
Rosenthal 1104.
Rosenwald, Leon, Ein Fall von totaler Spaltung der Glans penis 800.
Rost, E., Üb. die Giftwirkungen von Rhus toxicodendron (Giftsumach) u. der Primula obconica nebst Bemerkgn. üb. Rhus vernicifera 855.
— G. A., Btrge. z. Vakzineanwendung bei Blennorrhoe 762, ferner 826.
Rostaine, P., Herpes genitalis 928.
Roth, O., Z. Kenntnis des Oedema angioneuroticum paroxysmale 880.
Rothe, L., s. Jadassohn.
Rotschild, A., Urologisches vom Kriegsschauplatz 773.
Rubinato, G., Pellagra m. Addisonschem Symptomenkomplex 900 (Bis).
Rucker, W. C., Die Notwendigkeit der Errichtung eines staatlichen Leprosoriums 1006.
Rühl, Karl, Die neuen Theorien üb. die Ätiologie der Pellagra 898.
Ruhräh, John, Die Prophylaxe der Masern 963.
Runge, Ernst, Die Verwendg. der Gonokokkenvakzine bei blennorrhoischen Frauenleiden 732.

Saalfeld, Edmund, Kosmetik u. Anatomie 836.
— Über Thigan 878.
— Kosmetik 1157.
— Sommerhautkrankheiten im Felde 1160.
Sabella, Pietro, Die Wirkg. der Vakzinetherapie b. d. verschied. Lokalisationen der blennorrhagischen Infektion 761.
Sachs, Otto, Zur Vakzinebehandlung der Blennorrhoe 761.
— Vorschläge, betreffend die Bekämpfg. der vener. u. einiger parasit. Hautkrankheiten im Heere 810.
Saeves, Inga, Experim. Btrge. zur Dermatomykosenlehre 728.
Sahnstein, D. L., s. Gottheil.
Sakaguchi (Tokio). Über die Epidermolysis bullosa hereditaria Köbner. (Klin. u. histolog. u. pathogenetische Studien m. bes. Berücksichtgg d. milienartigen Gebilde u. d. elast. Fasern) 1154.
Salmony, Lony, Längenmessung d. weibl. Urethra 726.
Salzmann, Max 674.
*Šamberger, F., Die entzündl. u. urtikarielle Hautreaktion 739, 763, 791, 947, 976, 999.
— Erythema exsudat. solare 937.
— Tuberculosis cutis papulosa 1027.
Samuel, H. C., Naevus linearis b. Mutter u. Kind 1108.
Sandler, Davis 1178.
Santos jun., Carlos, Widerstandsfähigkeit des Gonokokkus gg. Temperaturen von 45° u. 50°. Direkte Wirkg. der Dithermieströme 809.

Digitized by Google

Santos, R. Noiva, Üb. die Bildg. d. Harnzylinder 691.
Saphra (Berlin), s. Hahn.
Sarason, D., Vorschlag einer neuen Organisation des Prostitutionswesens 657.
Dom Sauton, Ist die Lepra kontagiös? 1007.
Savill, A., Ionisierungsverfahren b. venerischen Krankheiten 733.
Scala, Alberto, s. Alessandrini; ferner 786.
Scalone, J., Besondere morpholog. Gebilde b. e. polymorphen fadenförmigen Keim i. e. Fall v. renovesikaler Bakteriurie 693.
Schäffer, J., Die Therapie der Haut- u. venerischen Krankheiten 1045.
Schamberg, Jay F., Kolmer, John A. u. Raizies, G. W., Eine Studie zur keimtötenden Wirkg. des Chrysarobins u. gew. anderer bei Psoriasis gebräuchl. Medikamente 653.
— — — Eine Studie d. biochem. Eigenschaften des Chrysarobins 655.
Schatzmann, Max, Untersuchgn. üb. die Hämatologie d. Variola u. der Vakzine 989.
Scheel, O., Ein Fall von Meningo-Myelo-Encephalitis luetica m. Untersuchg. der Spinalflüssigkeit 1176.
Schenderowitsch, P., Die Bhdlg. der Blennorrhoe der Neugeborenen u. Erwachsenen in der Bremer Univ.-Augenklinik 721.
Schepelmann, Emil, Trauma u. chron. Infektionskrankheiten 1049.
Scherber, G., Die Anwendg. des Elarsons, eines neuen Präparates i. d. Dermatologie 850.
— Üb. die Hauterscheinungen b. Meningitis cerebrospinalis, m. bes. Berücksichtgg. des Herpes 1152.
Schereschewsky, J., Primäreffekt u. Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen, bewirkt dch. Reinkulturen von Syphilisspirochäten 1063.
Schieck, Die Bedeutung der von J. Schereschewsky angebl. dch. Syphilisspirochäten hervorgerufenen Keratitis parenchymatosa 1086.
Schiff, A., Beobachtgn. üb. die Auslösung transitorischer Albuminurie beim Menschen 692.
Schmidt, R., Theorie u. Praxis der Variola 969.
Schneider, Die Kindheit der Prostituierten 1133.
Schönfeld, Max 970.
Schöppler, Hermann, Üb. den heutigen Stand d. geschichtlichen Syphilisforschung 1032.
Scholefield, R. E., Pemphigus bei einem Kinde 1129.
Scholtz, Moses, Bericht eines Falles von Dermatitis herpetif. (Duhring) kombin. m. Arsenpigmentationen u. Arsenkeratosen 800.
— W., Der heutige Stand der Salvarsanbhdlg. der Syphilis 726.
Schramm, C., Ein Fall v. hypoplast. Beckenniere m. Steinbildg. im dilatierten Nierenbecken 657.
Schroeder, Henry H., Syphilis und Lebensversicherung 673.
Schultze, E. C. u. Goldberger, L. A., 128 Scharlachfälle bhdlt. m. Vakzine u. nach der Methode v. Milne 942.
Schulz, Werner, Scharlachbehandlung mit Humanserum u. Serumlipoide 941.
Schulze-Tigges, Über syphilit. Mastdarmstrikturen 1136.
Schumacher (M.-Gladbach), Zur Ätiologie des Erythema nodosum 938.
*— Josef. Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum 676.
— Üb. den Wert des Hydrargyrum oxycyanatum z. Desinfektion d. Harnwege 726.
— Zur Gonargintherapie 756.
*— Über konzentrierte Neosalvarsan- und Salvarsannatriuminjektionen 860.
*— Eine einfache Methode der Salvarsanapplikation 919, 997.
— Zur Abortivbhdlg. der Blennorrhoe 1025.
*— Üb. den Einfluß reduzierender Substanzen a. d. Sauerstoffgehalt der Gonokokken 1035, 1054.
Schuster 1106.
Schweder, H., Üb. die geschichtl. Entwicklg. u. d. heutigen Stand der Vakzinebehandlung 838.
Schwefel, A., Ein abnormer Verlauf d. rechten Ureters b. e. Fall v. Dickdarmatresie u. Hodensackmißbildung 669.
Schwering (Billerbeck), Die Bhdlg. der Frostbeulen 925.
Scott, Die Nastinbhdlg. der Lepra 1008.
Seger, Emil, Ein Symptom der beginnenden Urethritis posterior 737.
*Seifert, Otto, Btrg. zur Behandlung der Urtikaria (Chlorkalziumkompretten) 971.
Seiffert, G., Zur Nachprüfung der Reinzüchtung des Pockenerregers 989.
Sémionov, V. P., Wirkg. d. Gonokokkenvakzine a. d. chron. blennorrh. Arthritis 735.
Semon, H. C., Madura-Fuß 1130.
— Mycetoma pedis 1155.
Sepp, Eugen, Üb. die Pathogenese der Tabes 1178.
Sequeira, J. H., Trockene Zehengangrän b. e. 16 Monate alten Kinde 868.
— Eier von Haematopinus suis 868.
— Lichen planus v. ungewöhnl. Chronizität 895.

Digitized by Google

Sequeira, J. H., Syphilitische Gummata b. e. Kranken mit Diabetes insipidus 1109.
— Favus des Kopfes und Stammes 1110.
— Dermatitis herpetiformis 1129.
— Fall von Pityriasis rubra pilaris 1132.
— u. Oliver, W. J., Kulturen v. Tinea mikrosporon d. Kopfhaut beim Erwachsenen 1110.
Seyffert (Aruscha), Erfahrungen mit Salvarsan bei Tropenkrankheiten 857.
Sézary, A., Syphilis u. Nebennieren 1136.
Sheldon, J. H., Bericht üb. eine ungewöhnl. Wirkg. von Neosalvarsan a. d. Haut 878.
Sibley, W. Knowsley, Lymphadenom m. Hautläsionen 689, 868.
— Angiokeratom 865.
— Erythema pernio, (?) Lupus erythematosus 865.
— Sklerodermie 894.
— Fall zur Diagnose (Tuberkulid?) 1107.
— Fall von Epidermolysis bullosa 1109.
— Drei Fälle von Dermatitis herpetiformis 1128.
Silberknopf, Varizellenerkrankung in zwei Schüben mit begleitendem Erythem 969.
Siler, J. F., Garrison, P. E. u. Mac Neal, W. J., Weitere Beobachtgn. der Thompson-Mc Faddenschen Pellagrakommission 898.
Simmonds, M., Die Nebenniere bei Syphilis congenita 1083.
Simpson, F. E., Radium; dessen Wirkungsgebiet i. d. Dermatologie 841.
Singer, Gustav, Über dysenterische Rheumatoide 880.
van Slyke, D. D., s. Ellis.
*Smilovici, Ammoniumpersulfat als Antigonorrhoikum 675.
Smith, George M. 786.
— K. W., s. Brereton.
Sommer (Breslau), Prakt. Resultate m. d. Kaviblentherapie 720.
Soper, Üb. das Verhalten des retikuloendothelialen Zellapparates ggüb. d. Bestrahlung u. d. Transplantation 833.
Sowade, H., Üb. die Kultur der Spirochaeta pallida 808.
Spencer, George Warren 674.
Spiethoff (Jena), Das Blutbild b. d. chron. u. akuten Form des Lupus erythematodes 729.
Spillmann, R., Warum müssen wir immer an Syphilis denken? 1032.
Squires, J. W., Üb. die Kutanreaktion Noguchis bei Syphilis 712.
Stanziale, Rodolfo, Neue Untersuchgn. üb. experimentelle Lepra des Kaninchenauges 730, 1007.
— Produktion v. Antikörpern b. Versuchstieren dch. Rhinosklerombazillen 809.
Starke, Zur Bhdlg. des Lupus m. d. Friedmannschen Mittel 1031.
Stebbing, G. F., Fall zur Diagnose (Sommereruption) 1131.
Stein, J. B., Exakte Diagnose blennorrhoischer Stomatitis 737.
— Robert Otto 882.
Steinschneider (Cherson), Masern b. e. neun Tage alten Säugling 963.
Stelwagon, Henry 882.
Stengel, A. u. Austin, J. H., Syphilitische Nephritis 1136.
Stephenson, J. W., Die intensive Bhdlg. d. Syph. des Zentralnervensystems dch. intravenöse Neosalvarsaninjektionen u. Quecksilberschmierkur 1175.
Stephenson, Sydney, Ein Fall v. Knotenjodismus, der ein Gumma des Augenlides vortäuschte 923.
Stern, Carl, Die Bhdlg. geschlechtskranker Soldaten im Felde 881.
*— Zur Technik der Neosalvarsananwendung 1040.
— Karl, Über Dosierung der Röntgenstrahlen 840.
Sternberg, J., Kosmetische Rücksichten i. d. operativen Chirurgie 1034.
Stevenson, W. C., Theorie u. Technik einer neuen Radiumtherapie nebst Mitteilungen üb. eine Reihe von Fällen, die wd. d. letzten neun Monate bhdlt. worden sind 842.
Stiner, Otto, Zur Ätiologie u. Diagnose der Pyelozsytitis im Kindesalter 667.
Stokes, John Hinchman, Eine klinische, patholog. u. experim. Studie der Verändergn., welche durch den Biß der „schwarzen Fliege" (Simulium venustum) hervorgerufen werden 651, 652.
— s. Wile.
Stoll, H. F., Die Späterscheinungen der heredit. Syphilis unt. bes. Berücksichtgg. der Arterienerkrankungen 1082.
Stoppato, Ugo, Bhdlg. granulierender Flächen mit heißer Luft, m. bes. Berücksichtgg. der Verbrennungen 926.
Stover, George H. 698.
Stowers, J. H., Alopezie b. Kindern inf. Überdosierung von Röntgenstrahlen 1106.
— Lichen planus atrophicus, seu sclerosus, seu morphoeicus 1131.
— Fall von Adenoma sebaceum 1131.
Strandberg, James, Btrg. z. Kenntnis seltener Nagelkrankheiten 726.
— Fall von Hauttransplantation m. eigenartigem Resultat 1152.
Straßberg, Max, Z. Bhdlg. der Vulvovaginitis blennorrhoica infantum 734.
Strauß, Arthur, Kupferbhdlg. der Tuberkulose und Chemotherapie 1029.
Strickler, A., s. Kolmer.

Digitized by Google

Stringher, Paolo, Ausgedehnte epitheliomatoide Zerstörung d. Haut d. r. Gesichtshälfte dch. Endophlebitis obliterans u. Neuritis des zweiten Trigeminusastes 1156.
Strisower, R., s. Porges, O.
Stümpke, Gustav, Ein Fall von Angiokeratoma corporis diffusum 729.
— Üb. blennorrh. Granulationen 736.
— Thigan, ein neues äußerl. Antiblennorrhoikum 757.
— Die Vakzinebehandlung u. Diagnose der Blennorrhoe 781.
— Mittels d. Abderhaldenschen Dialysierverfahrens gewonnene Ergebnisse a. d. Gebiete der Dermatologie 831.
— Zur Frage der Salvarsanschädigung 876.
Sundt, H., Syphilis und Tuberkulose 1049.
Swann, A. W., Menschenserum gg. Urtikaria 881.
Swift, H. F., s. Ellis.
Szél, Paul, Üb. alimentäre Galaktosurie b. Morbus Basedowi 695.
v. Szily, Paul, Zur Immunotherapie der akuten Blennorrhagien 731.

Taege, Karl 930, 1050.
Tamm, F., Üb. das Auftreten von Blasen bei Lichen ruber planus 1023.
Tanberg, A., Üb. Phosphaturie 698.
Tarneaud, Jean, s. Poyet.
Taube, Max 994.
Terrier, Ch., Nierentuberkulose in Form e. Nierensteins 665.
Teuffel, R., Kraurosis u. Kankroid 717.
Teuscher (Münster i. W.), Ein handliches Eiweißreagens 693.
Thedering, Über Blaulichtbhdlg. tuberkulöser Hautgeschwüre 1029.
Thelen, Gottfried, Btrge. üb. die zystoskopische Diagnostik der Blasengeschwülste u. ihre Bhdlg. dch. Elektrokoagulation 1134.
*Tièche, Üb. zwei Fälle von syphilitischer Reinfektion oder Pseudo-Reinfektion nach Salvarsan-Quecksilbertherapie 1051.
Tiedemann, A., Zur Therapie der Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches 1028.
Tillgren, J., Etwas üb. die klin. Diagnostik bei Skarlatina 941.
Tizzoni, Guido, Die Pellagra in Beßarabien 897.
— u. de Angelis, Giovanni, Hauptcharaktere d. Streptobacillus pellagrae als Anleitung z. seiner Identifizierung 808.
— — Bedeutg. u. Wichtigkeit des Pleomorphismus b. d. Identifizierung u. Klassifizierung des Streptobacillus pellagrae 902.
Törrenson, Üb. das Salvarsan u. hauptsächl. üb. seine Einführg. in saurer Lösung 858.
Tommasi, Ludovico, Die Tuberkulose als Boden für Arthritis blennorrhagica 718.
Tonsey, S., Röntgenstrahlenkeratosen der Hand b. e. Röntgenologen u. deren Heilung dch. Radium 927.
Tourneux, Jean-Paul, Fall von tuberkulösem Zungengeschwür 1028.
Touton (Wiesbaden), Geschlechtsleben u. Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Krieg und Frieden 930.
— Sexualpädagogik im Frieden u. Krankheitsverhütg. im Kriege 1034.
— Üb. die sexuelle Verantwortlichkeit 1080.
Towle, Harvey Parker, Äußere Vakzinetherapie 651.
Trebing, Johannes, Btrg. zur Eisenwirkung. Ein Versuch, die Unterschiede in der Wirkg. d. Eisenpräparate zu erklären 850.
Trinchese, J., Infektions- u. Immunitätsgesetze bei materner u. fötaler Lues 1048.
Trombatore, Vincenzo, Lupus nodularis im Gesicht, verrucosus et elefantiasticus am linken Beine u. Fuße 1156.
Tscherkassow, Die Bhdlg. verschiedener Hautdefekte m. Scharlachrotsalbe 837.
v. Tschermak, A., Über Herpes zoster nach Schußverletzung eines Nerven 1025.
Tullio, P. s. Albertoni.
Turnbull, H. M. s. Alderton.
Turner, Dawson, Die Radiumbhdlg. in „The Royal Infirmary" in Edinburgh i. J. 1914 842.
— George 674, 1010.
Tyler, F., Die Fulgurationsbhdlg. gewisser Neubildungen 799.
Tzanck, Bhdlg. d. Früh- u. Spätsyphilis d. Nervensystems m. intrarachidischen Injektionen 1177.

Uhl, Carl, Üb. das Geschlechtsleben u. seine Gefahren 1112.
Ullmann, Karl, Üb. die verschiedene Wirkg. einer Arsenverbindg. a. d. Leber nach subkut. od. intrav. Injektionen 713.
— Zur Salvarsanintoxikation 876.
— Zwei vielgebrauchte therapeut. Erfordernisse für den Militärarzt 1034, ferner 858.
Unna, P. G., Die Sauerstofforte u. Reduktionsorte 661.
— Zur Chemie der Zelle 802 (Bis).
— Die Herkunft d. Plasmazellen 805.
— Kriegsaphorismen eines Dermatologen 1026.
— u. Gans, O., Zur Chemie der Zelle 801.
— jun., P., Neuere Erfahrgn. üb. Pockennarbenbehandlung 991.
Urich, John Henry 698.

Digitized by Google

Uteau, R. u. Saint-Martin, E., Bhdlg. der akuten Blennorrhoe 754.

Vajda, Nik., Choleval i. d. Therapie der Blennorrhoe 755.
Vas, J., Im Anschlusse an angeborene Syphilis entwickelte u. zurückgebliebene vollkommene Epiphyseolysis 1112.
Vedder, E. B., s. Ashburn.
— G. G. u. Hough, W. H., Üb. die Häufigkeit der Syphilis b. d. Insassen der staatlichen Irrenanstalten 1046.
Veiel, Fritz 738.
v. Veress, Franz 1162, 1178.
de Verteuil, F. L., Die Wirkung des Radiums auf den Leprabazillus 1008.
Verworn, Max, Zur Frage des Reservesauerstoffs in der lebendigen Substanz 803.
Vidal, E., Wirkung der Heliotherapie b. d. Bhdlg. der Hauttuberkulose 1029.
Vidoni, G. u. Gatti, S., Üb. die Abnormitäten u. Krankheiten der Haut u. d. Hautadnexe bei Geisteskranken 826.
Vignolo-Lutati, Carlo, Btrg. zum Studium der Hypertrichosis circumscripta congenita d. Wirbelsäule ohne Spina bifida 871.
Viguier, A., s. Brault.
Voegtlin, C., Die Bhdlg. der Pellagra 903.
Vörner, H., Zur Kenntnis der Zaraath, des alttestamentlichen Aussatzes 1024.
— Zur Kenntnis des Naevus anaemicus „Vörner" 1153.
Vogt, E., Serumexanthem nach Tetanusantitoxininjektion 881.
Voigt, Über Diabetes mellitus und Impfung 1004.
— Die Brauchbarkeit des mit Äther behandelten Kuhpockenimpfstoffes 1005.
Volk, Richard, Zum Krankheitsbegriff des sog. Ulcus acutum vulvae 717; ferner 906.
Volland, Persönl. Erlebnisse mit der Variola 969.
— Zur Bhdlg. der Pocken 991.
Volpino, Guido, Weiteres üb. die Überempfindlichkeit der Pellagrakranken für die Maisextrakte 901.
— Der diagnost. Wert des Pellagrogenin 902.

Waelsch, Ludwig, Üb. experimentelle Erzeugg. v. Epithelwucherungen u. Vervielfachungen des Medullarrohres (Polymyelie) bei Hühnerembryonen 834.
Walker, Charles H., s. Klein, Fr.
Walko, Karl, Über primäres Auftreten der Blattern im Rachen u. in den oberen Luftwegen 989.
Walkowski, Johann, s. Krzysztalowicz.
Walsh, David, Fall von Pompholyx 1128.
— Fall zur Diagnose 1131.
Walters, W. A., Der Nachweis von Spirochaeta pallida dch. Verwendg. v. chinesischer Tusche 807.
Wassermann s. Czapek.
v. Wassermann 1105.
Weber, F. Parkes, Zwei Fälle von Sklerodaktylie 983.
— Generalisierte atrophische Sklerodermie mit Sklerodaktylie 1108.
— Falsche Erythromelalgie. Bemerkungen üb. die nichtsyphilit. Arteriitis obliterans bei Juden 1110, 1129.
— Blaufärbung d. Haut dch. subkut. Morphiuminjektionen 1131; ferner 1132.
Wechselmann, W., Über Salvarsannatrium 877.
Weckowski (Breslau), Rotationsapparat f. Radiumbestrahlung 841.
Weill, O., Üb. die Häufigkeit d. Syphilis in den inneren Organen 1113.
— s. Desneux.
Weiss, Ludwig, Ein ungewöhnl. Fall von Bromoderma des Beines 922.
Welde, Ernst, Üb. die heutige unzulängliche Bhdlg. der Lues congenita 1084.
Wendenburg, Friedrich, Die Ätiologie der orthot. Albuminurie unter bes. Berücksichtigung ihrer Beziehungen z. Tuberkulose 692.
Werther (Dresden), Üb. e. Fall v. Pityriasis lichenoides (besser polymorpha) chronica, welcher die drei Typen der Parapsoriasis vereint 727.
— Üb. Abortivheilungen u. Neurorezidive b. d. modernen Syphilisbehandlung 1177.
— Üb. einen Fall von Lichen ruber acuminatus universalis mit begleitender Erythrodermia exfoliativa, subakutem Verlauf u. Heilung b. e. 2jähr. Kinde 1024.
White, Charles J., Eine statistische Studie üb. Syphilis. Das Verhältnis ihrer Symptome zu späterer Tabes dorsalis u. allgem. Paralyse 1046.
Whitfield, A., Akarus bei Kopra-Jucken 1107, ferner 867.
Wick, W., Morbilloid 963.
Wiesner s. Dessauer.
Wilder, R. M., Die Bakteriologie des Typhus exanthematicus 966.
Wile, A. J., Syphilis des Ösophagus 1114.
Wile, U. J. u. Stokes, J. H., Die Beteiligung des Nervensystems wd. des Primärstadiums der Syphilis 1063.
Williams, Tom A., Ein Fall v. multipler Sklerose auf syphilit. Grundlage, in welchem die Diagnose nach den klin. Symptomen gestellt wurde, trotz des negat. Ausfalles der Laboratoriumsuntersuchungen 714.

Digitized by Google

Williger, Mundschleimhautentzündungen 929.
Willson, Robert N., Scharlachähnliche Eruptionen b. septischen Zuständen 825.
Wilson, A. C., Die Bhdlg. der blennorrh. Epididymitis n. d. Bierschen Methode 736.
— Nelson Walton 1010.
— S. A. Kinnier, s. Dore.
Windell, J. F., Über Trichophytie in der Leistengegend 872.
Winkler, Max, Knötchenförmige Erkrankg. am Helix (Chondrodermatitis nodularis chronica helicis) 729.
Winternitz, J., s. Leszlenyi.
Wittek, A., Z. Bhdlg. der Erfrierungen 926.
Wolff, Fr., Z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten 818.
Wollbarst, Abr. L., Beschreibung zweier Fälle. In dem ersten war ein Stein im Orifizium d. Ureters eingeklemmt; im zweiten war eine Hutnadel einer Dame in einer männlichen Urethra. Beide Gegenstände wurden dch. e. operativen Eingriff m. d. Zange entfernt 873.
Würtzen, C. H., Die Finsen-Behandlung bei Pocken 991.

Záhoř, A., Die Ausscheidg. des Quecksilbers b. d. Bhdlg. mit Quecksilberpräparaten 854.
Zeisler, Joseph 786.
Zieler, Z. Bhdlg. v. Geschlechtskrankheiten b. den im Felde stehenden Truppen 928.
Ziffer, Diabetes mellitus und Impfung 992.
Zinn, W., s. Klemperer, G.
Zinsser, Ulcus cruris syphiliticum und syphilit. Erkrankungen der Unterschenkelknochen 1133.
— Hans u. Hopkins, J. Gardner, Die Lebensfähigkeit der Spirochaeta pallida in diffusem Licht bei Zimmertemperatur 807.
Zuber s. Morlot.
v. Zumbusch, Leo 698, 738.

Digitized by Google

Mycosis fungoides 79.
— — prämykotisches Stadium 77.
Naevi, eigentümliche 74.
Naevus anaemicus (Vörner) 74.
Nävusartige Erkrankung am Oberschenkel (Syringadenoma papilliferum) 65.
Nieren- und Blasen-Pathologie und Rückenmarkslokalisationen 83.
Oedema perstans faciei 78.
Onychia punctata 75.
— sicca luetica 75.
Onychomykosis favosa 75.
Pemphigus foliaceus 74.
Piodermitis chronica papillomatosa vegetans 81.
Prurigo Besnier 72.
Pruritus, postekzematöser, durch Radiotherapie geheilt 82.
Quecksilberausscheidung mit den Fäzes 78.
Sarcoma cutis 75.
— idiopathicum 77.
— — multiplex haemorrhagicum 75. 77.
Sclerodermie en plaques 76.
Syphilis, behandelt mit Benzoas hydrargyricus, supermaximale Injektionen 76.
— congenita mit Meningitis 75.
—, Diagnose mit Luetin-Noguchi 87.
—, — und Therapie in der Hand des praktischen Arztes 88.
—, — und Untersuchungen über die Hermann-Prutzsche Präzipitinreaktion mit Natrium glycocholicum 86.
—, behandelt mit Hg-nukleinsaurem Na 79.
—, Liquoruntersuchung, Bedeutung für die Prognose von isolierten syphilogenen Pupillenstörungen 84.
—, Liquor cerebrospinalis, Einfluß der Salvarsanbehandlung 86.
—, — —, Infektiosität bei juveniler Paralyse 86.
—, — —, massive Koagulation 86.
—, — —, Methode der Untersuchung 85.
Syphilis der Lunge 81.
— und Nagelveränderungen 75.
—, behandelt mit Quecksilber 76.
—, präventive Behandlung 76.
— -Rezidiv, nervöses, Millard-Gublersches Symptom 82.
—, tertiäre, Reinfektion mit positivem Wassermann 81.
—, Therapie und Wassermannsche Reaktion 87.
— und Zahnausfall, spontaner 79.
—, Zerebrospinalflüssigkeit, Fällungsreaktion mit glykocholsaurem Natrium 85.
—, —, Herkunft des luetischen Reaktionskörpers 85.
Tätowierungen 73.
Tuberkulide 78.
—, papulo-nekrotische 77.
—, teils von Aknitis-, teils von Lupus erythematosus-Typus 77.
Tuberkulose, akute disseminierte, der Haut, im Kindesalter 73.
Ulcera neurotica oris 74.
Ulcus gangraenosum vulvae 74.
— rodens 77.
Urticaria chronica 78.
— pigmentosa 74.
Wassermannsche Reaktion, Anwendung von aktivem Serum 86.
— — mit Cholesterinantigenen und die quantitative Prüfung von syphilitischem Serum 87.
— —, Einfluß der Temperatur auf die Komplementbindung 76.
— —, Gerinnungshemmung durch Luessera u. die chemische Natur des Zytozyms 86.
Weil-Kafkas Hämolysinreaktion in der Spinalflüssigkeit 79.
Xeroderma pigmentosum 78.
Zahnausfall, spontaner, bei Syphilitischen 79.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

Abraham 80.
Afzelius 72. 76. 77.
de Aja 81. 82.
Almkvist 74. 75. 77. 78. 79.
de Azúa 81. 82.
Bang 86.
Birger 75.
Boas 76. 79.
Bodin 88.
Bruusgaard 73.
Choltzoff 83.
Clausz 87.
Covisa 81. 82.
Dind 86.
Mc Donagh 80.
Dreyfus 85.
Ehlers 76.
**Fischer* 65.
Fränkel 86.
Galloway 80.
Grenier 82.
Grön 73.
Grosz 87.
Haslund 72. 76. 88.
Heath 80.
Hopkins 87.
Jersild 73.
Karvonen 73. 79.
Launois 86.
Ledo 81.
Ledoux 86.
Little 80.
Mantovani 86.
Marcus 73. 74.
Marinesco 86.
Merk 88.
Minea 86.
Moberg 72. 77. 78. 79.
Morris 80.
Müllern-Aspegren 76. 77.
Nonne 84.
Pernet 80.
Pontoppidan 88.
Pringle 80.
Rasch 72. 88.
Ratera 82.
Reenstierna 73.
Rocamora 82.
**Róth* 69.
Sachs 88.
Sandman 76. 78.
Schaumann 73.
Schlasberg 73. 77.
Schmidt 78.
Sederholm 77. 78.
Sequeira 79.
Spät 85.
Stowers 80.
Strandberg 75. 76. 79.
Strominger 83.
Tanton 82.
Thiele 86.
Troin 86.
Touton 88.
li Virghi 83.
Volk 87.
Wagner 88.
Weber 80.
Whitfield 80.
Wildbolz 84.
With 85. 86.
Wizel 84.
Zimmermann 87.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Soeben erschien:

Über die Verhütung und Bekämpfung von Kriegsseuchen

Kurze Darstellung auf Grund von Vorträgen nebst einem Seuchenmerkblatt

von **Prof. Dr. P. Schmidt**

Direktor des hygienischen Instituts der Universität Gießen

10 Seiten. 1914. M. —.25.

Digitized by Google

Gonostyli

eine neue Arzneiform zur Behandlung der Gonorrhoe,

nach Angaben von Dr. Leistikow

sind im Wasser zergehende Stäbchen, die aus einer Mischung des Grundkörpers mit den verlangten Arzneistoffen, meist Silbersalzen und Zinksalzen, bestehen. Die Gonostyli werden zum Zweck der Anwendung in die Harnröhre oder Vagina eingeführt und so lange darin belassen, bis sie vollständig zergangen sind. Sie sind wirksamer als die bekannten Gelatinestäbchen, weil die Gelatine nicht, wie vielfach behauptet wird, die Resorption begünstigt, sondern sogar hindert, und zuverlässiger, weil sie keine Metallspirale enthalten, die zu Reizungen der Schleimhaut Veranlassung geben kann. Vor den Urethralstäbchen, deren Grundmasse aus Oleum Cacao besteht, haben sie den Vorteil, daß die zugesetzten Arzneistoffe ungehindert auf die Schleimhaut einwirken können, weil sie nicht von geschmolzenem Fett tröpfchenartig umhüllt werden.

Die Gonostyli sind zu je zehn Stück in einem braunen Glaszylinder mit Metalldeckel verpackt und in zwei Größen (10 cm lang und 18 cm lang) vorrätig mit Zusätzen von

Argonin . . .	**1,0%**
Albargin . . .	**0,75%**
Argent. nitric. .	**0,2% – 2%**
Protargol . . .	**0,2% – 1,5%**
Ichthargan . .	**0,1%, 0,2% u. 0,5%**
Zinc. sulfuric. .	**0,5%**

Ein Glaszylinder mit 10 kleinen Stäbchen kostet Mark 1,25
Ein Glaszylinder mit 10 großen Stäbchen kostet Mark 1,75

Muster und Literatur kostenfrei.

P. Beiersdorf & Co.
Chemische Fabrik, Hamburg

Digitized by Google

Oleum Santali compositum Krewel

Blenotin

Indikation: Gonorrhoea acuta, Gonorrhoea subacuta, Gonorrhoea chronica, Gonorrhoea infantum, Cystitis non tuberculosa, Urethritis.

a) **Blenotin braun,** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0,2 g, Myrrha elect. pulv. 0,025 g, Camph. trit. 0,01 g, Hexamethylentetramin 0,071 g, Acidum boric. 0,066 g, Champignonextrakt 0,02 g.

b) **Blenotin grün** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0,2 g, Acidum benzoicum e gi 0.1 g. Myrrha elect. pulv. 0,02 g, Hexamethylentetramin 0,08 g, Champignonextrakt 0,02 g.

Blenotin grün, für magenempfindliche Patienten bestimmt, wird nur auf ausdrückliches Verlangen abgegeben.

In Schachteln à 50 Kapseln M. 3.—.

Literatur und Proben den Herren Ärzten zu Diensten.

Mitinum mercuriale

Mitinquecksilber

33 1/3 % Hg enthaltend, in Röhren à 30 g mit graduiertem Stempel. **Vorzügliches, nachweislich ausgezeichnete** Resultate lieferndes Präparat zur **Schmierkur.** Das Präparat ist in **kürzester** Frist verreibbar, dringt **ungemein leicht** in die Haut ein und färbt nur wenig ab.

Literatur und Proben für Ärzte gratis und franko.

Krewel & Co., G. m. b. H., Chem. Fabrik
Köln am Rhein

Vertreter für Berlin u. Umgegend: A. Rosenberger, Arkona-Apotheke, Berlin N. 28, Arkonaplatz 5, Telephon Amt Norden Nr. 8711.

Vertreter für Hamburg u. Umgegend: Apotheke E. Niemitz, Georgsplatz, gegenüber Hauptbahnhof in Hamburg.

Digitized by Google

Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.

Von P. G. UNNA.

9 Hefte. IV, 293 S. mit 55 Tafeln. 1897—1910. Komplett M. 51.75.

Heft I. INHALT: 1. Impetigo staphylogenes. 2. Folliculitis staphylogenes. 3. Impetigo, Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes. 4. Furunkel der Erwachsenen und Abszesse der Neugeborenen. 5. Furunkel des Erwachsenen. 6. Furunkel. 16 S. mit 6 Tafeln. 1897. M. 4.—.

Heft II. INHALT: 7. Chronisches Ekzem. 8. Abheilung des Ekzembläschens. 9. Seborrhoisches Ekzem des Kopfes. 10. Seborrhoisches Ekzem des Körpers. 11. Sternalekzem. Akutes Ekzembläschen (Impfbläschen). 20 S. mit 5 Tafeln. 1898. M. 3.50.

Heft III. INHALT: 12. Impetigo vulgaris. 13. Impetigo vulgaris. 14. Impetigo circinata. Impetigo streptogenes. 15. Impetigo multilocularis. 16. Phlyctaenosis streptogenes. 17. Pustulosis staphylogenes. 18. Pustulosis staphylogenes. 28 S. mit 7 Tafeln. 1899. M. 5.—.

Heft IV. INHALT: 19. Erythema multiforme vesiculosum. Zoster. 20. Zoster. 21. Zoster. Herpes genitalis. 22. Herpes genitalis. Herpes facialis. 23. Varizellen. 24. Varizellen. Variola. 25. Variola. 38 S. mit 7 Tafeln. 1900. M. 6.—.

Heft V. INHALT: 26. Kindlicher weicher Naevus. Einfache Metaplasie der Stachelzellen. 27. Einfache, unkomplizierte Metaplasie. 28. u. 29. Gelbe Schwellung. 30. Halbflüssige und homogene Schwellung. Haarnaevi. Naevus der Erwachsenen. 31. Naevi der Erwachsenen. 28 S. mit 6 Tafeln. 1901. M. 6.—.

Heft VI/VII. INHALT: 32. Gute und schlechte Darstellungen des Granoplasmas. 33. Entstehung der Plasmazellen. Plasmatochterzellen. Die Plasmazellen des Granulationsgewebes. 34. Das Plasmom des Rhinophyms. Die atrophischen Plasmazellen. 35. Das Plasmom des Ulcus molle. Der Streptobacillus ulceris mollis (Unna). 36. Das Plasmom des Rhinoskleroms. Die hyaline Degeneration der Plasmazellen. Die Schaumzellen. Die Bazillen des Rhinoskleroms. 37. Hyalin des Rhinoskleroms in kristalloiden Formen. Das Plasmom der Mykosis fungoides. Die Granolyse. 38. und 39. Künstlicher Transport von Zellsubstanzen durch Behandlung des frischen oder in Alkohol gehärteten Gewebes mit Kochsalzlösungen. 62 S. mit 8 Tafeln. 1903. M. 9.—.

Heft VIII. INHALT: 40 Lupus faciei. Übersicht der verschiedenen Zellformen. 41. Homogene Schwellung der Zellen in den Lupuszentren. Mitosen in homogen geschwollenen Spindelzellen. Übersichtsbild eines Lupus circumscriptus. 42. Entstehung der großen Plasmazellen aus Spindelzellen. Lupus diffusus faciei. Plasmazellenwucherung der Kapillarendothelien. 43. Abfuhr der Plasmazellen ins Blut. Multizelluläre Entstehung der Riesenzellen. Amitose in Riesenzellen. 44. Verschluß der Blutkapillaren in den homogenisierten Herden. Saure Kerne in Plasmazellen. Elastinschwund im Bereich der Plasmazellenwucherung. Elastinkonservierung in Riesenzellen. 45. Diffuser Lupus mit atypischer Akanthose und komplizierendem Ekzem. Hyaline Degeneration der Plasmazellen. Kristalloides Hyalin in einer Plasmazelle. Diffuser Lupus mit homogener Schwellung der Stachelzellen und Zerfall der Epithelleisten durch Überschwemmung mit Leukozyten. Koagulationsnekrose der Stachelzellen beim Rückzug atrophierender Epithelleisten. 46. Wirkung des Tuberkulins auf lupöses Gewebe. Ein Fall von hämatogenem Lupus. 64 S. mit 7 Tafeln. 1906. M. 8.25.

Heft IX (Schluß). INHALT: 47. Übersichtsbilder des Leproms. 48. Die Lepraorganismen. 49. Bilder aus dem leprösem Gewebe. 50. Entwicklung des Neuroleprids. 51. Die einfache Massenzunahme der Bazillen. Der bazilläre Lymphspalteninfarkt der Haut. 52. Riesenglobi und Riesenzellen. 53. Die tinktorielle Veränderung beim Absterben der Bazillen. 54. Das Absterben der Bazillen durch Verschleimung. Globuli und sogenannte Leprazellen. 55. Besondere Fälle. 37 S. mit 9 Tafeln. 1910. M. 10.—.

Digitized by Google

Verlag von LEOPOLD VOSS in Leipzig und Hamburg

Dermatologische Studien.

Herausgegeben von **P. G. UNNA.**

Heft 1. **Die Lepra-Bazillen in ihrem Verhältnis zum Hautgewebe.** Von P. G. Unna. — **Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra.** Von Adolf Lutz. — 100 S. mit 1 Tafel und 1 Abbildung. 1886. M. 5.—.

Heft 2. **Ichthyol und Resorzin** als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel. Von P. G. Unna. 86 S. 1886. M. 1.60.

Heft 3. **Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa. — Zur Kenntnis des elastischen Gewebes der Haut.** Von P. G. Unna. 64 S. mit 3 Tafeln. 1887. M. 5.—.

Heft 4. **Die Rosaniline und Pararosaniline.** Eine bakteriologische Farbenstudie von P. G. Unna. 74 S. 1887. M. 2.—.

Heft 5. **Zur Lehre von den Erythemen.** Von Polotebnoff. 178 S. mit 7 Abbildungen. 1887. M. 6.—.

Heft 6. **Über ein kombiniertes Universalverfahren, Spaltpilze im tierischen Gewebe nachzuweisen. — Zur pathologischen Anatomie der Lepra. — Beitrag zu den Pilzbefunden bei Mycosis fungoides.** Von Hermann Kühne. 40 S. mit 2 Tafeln. 1887. M. 3.—.

Heft 7. **Über die schwarze Haarzunge.** Von Fr. Brosin. 66 S. mit 2 Tafeln. 1888. M. 2.40.

Heft 8. **Über Seifen.** Mit besonderer Berücksichtigung und Angabe von neuen medizinischen Seifen. Von P. J. Eichhoff. 60 S. 1889. M. 1.60.

Heft 9. **Zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie.** Inhalt: Einleitung von P. G. Unna. — Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der Epidermis und Cutis der Palma manus, von E. Oehl. — Zur Funktion der Knäueldrüsen, von G. Meißner. Neu herausgeg. von P. G. Unna. 96 S. 1889. M. 2.—.

Heft 10. **Neue Studien über Syphilide.** Von P. Tommasoli und P. G. Unna. Inhalt: Über tertiäre Syphilide. Histologische und klinische Untersuchungen, von P. Tommasoli. — Neurosyphilide und Neurolepride, von P. G. Unna. 92 S. 1890. M. 2.—.

Heft 11. **Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose.** Von Geyl. 64 S. mit 2 Tafeln. 1890. M. 2.—.

Heft 12. **Über die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems.** Von L. Duncan Bulkley — **Psoriasis.** Von A. G. Polotebnoff. 142 S. mit 8 Abbildungen. 1891. M. 3.—.

Heft 13. **Beitrag zur Würdigung der medikamentösen Seifen unter Zugrundelegung von Seifen in flüssiger und weicher Form.** Von F. Buzzi. 76 S. 1891. M. 2.—.

Heft 14. **Topographie des elastischen Gewebes innerhalb der Haut des Erwachsenen.** Von Ludwig Zenthoefer. 26 S. mit 2 Tafeln. 1892. M. 2.40.

Heft 15. **Über autotoxische Keratodermiten.** (Parakeratosen Auspitz und Unna.) Studie von Pierleone Tommasoli (Mit einem „Schema einer neuen Klassifikation der Hautkrankheiten".) 162 S. 1893. M. 4.—.

Heft 16. **Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel.** Einleitung in die Geschichte des Aussatzes. Von G. N. Münch. 168 S. mit 2 Tafeln. 1893. M. 6.—.

Heft 17. **Ein dermatologisches System auf pathologisch-anatomischer (Hebrascher) Basis.** Von S. Jessner. 66 S. 1893. M. 1.80.

Heft 18. **Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen.** Von Kurt Passarge und Rud. Krösing. 106 S. mit 4 Tafeln. 1894. M. 4.—.

Heft 19. **Die feinere Architektur der primären Hautkarzinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand.** Von Cornelius Beck und Edmund Krompecher. (Gekrönte Preisarbeit.) 112 S. mit 4 Tafeln. 1903. M. 6.—.

Heft 20. **Unna-Festschrift.** Dem Hamburger Dermatologen P. G. Unna gewidmet von Freunden und Schülern zum 60. Geburtstage.
I. Teil. XVI. 734 S. mit Porträt, 63 Abbildungen und 16 Tafeln. 1910. M. 12.—.

Heft 21. — II. Teil. VI, 669 S. mit 162 Abbildungen und 13 Tafeln. 1910. M. 13.—.

Heft 22. **Die Bedeutung des Sauerstoffs in der Färberei.** Von P. G. Unna und L. Golodetz. 128 S. 1912. M. 4.—.

Digitized by Google

Eucerinum

• Unübertreffliche Salbengrundlage empfohlen von Prof. Dr. Unna u. a. m •

Eucerinum *ist besser als tierische und vegetabilische Fette,* ***weil es nicht ranzig wird.***

Eucerinum *ist besser als mineralische Fette, z. B. Unguentum Paraffini oder Vaseline,* ***weil es in wasserfreiem Zustand mehr als 100% Wasser aufnimmt.***

Eucerinum *ist besser als Lanolin und Adeps Lanae,* ***weil es geruchlos ist, angenehme Salbenkonsistenz hat und ohne Zusatz anderer Fette verschrieben werden kann.***

Eucerinum ***befördert die Resorption der ihm zugesetzten Heilstoffe durch die Haut.*** *(Vergl. Inaugural-Dissertation Rudolf Schlenker: Ueber die Resorptionsfähigkeit der tierischen Haut für Eucerin). Es hat eine äußerst niedrige Jodzahl und eignet sich deshalb für die Herstellung haltbarer Salben mit freiem Jod.*

Eucerinum ***anhydricum*** *eignet sich wegen seiner großen Aufnahmefähigkeit für Wasser besonders als Grundlage für solche Salben, denen Arzneistoffe in wässeriger Lösung beigefügt werden sollen, wie essigsaure Tonerde, Resorzin, Jodkalium, Ichthyol u. a. m.*

Eucerinum ***(cum aqua)*** *wird mit Vorteil für solche Salben und Pasten benutzt, die pulverförmige oder im Wasser unlösliche Arzneistoffe, wie Borsäure, Zinkoxyd, Teer usw. enthalten. Auch unvermischt bewährt es sich vorzüglich als Deck- und Kühlsalbe für wunde und entzündete Hautstellen, zur Pflege spröder und rissiger Hände an Stelle von Glycerin oder Vaseline und anderen Fetten.*

Preise nach der Ergänzungstaxe zur Deutschen Arzneitaxe 1914:

Eucerinum (c. aq.) ***10 g = 10 Pf.; 100 g = 70 Pf.***
Eucerinum anhydr. ***10 g = 15 Pf.; 100 g = M. 1.15***

Literatur, Preislisten und Muster kostenfrei

P. Beiersdorf & Co.
Hamburg.

Digitized by Google

Autorenregister.
(* bedeutet Originalartikel.)

Balban 141.
Bäumer 136.
Bechet 139.
Behrend 127.
Bériel 136.
Blum 144.
Blumenfeld 129.
Bodländer 130.
Boruttau 138.
Bouveyron 137.
Burrows 143.
Campbell 134.
Castorina 138.
Clark 138.
Connell 134.
Ehlers 139.
Eicke 126.
Ellis 133.
Engelbreth 142.
Frank 144.
Frühwald 128.
Gapprich 140.
Gavini 142.
Gerbay 136.
Gibbard 130.
Glouk 139.
Grünberg 135.
Gurari 133.
Guth 144.
Hagashi 136.
Harrison 130.
Hausmann 131.
Herzfeld 144.
Horn 142.
van Howe 144.
Htano 136.
Ichibagase 136.
Joseph 137.
Kaliski 133.
Kennard 130.
Kerl 128.
Kingsbury 139.
Klausner 128.
Kobligk 140.
Krösing 144.
Lapowski 129.
Launoy 138.
Levaditi 138.
Lier 128.
Mirgel 143.
Morawetz 131.
Odstrčil 129.
Pawlow 126.
Peters 142.
Philippi 132.
v. Planner 140.
Plicque 134.
Polland 141.
Róth 135. 141.
**Rühl 113.*
Sachs, B. 133.
—, O. 131.
Salomonski 140.
Saphier 129.
Scherber 138.
Schramek 144.
Scott 130.
Sowade 139.
Stanziale 142.
Strauß 133.
Swift 133.
Truffi 135.
Tsuzuki 136.
Wolffenstein 137.
Zieler 144.
Zigler 137.
Zürn 127.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Soeben erschien:

Über die Verhütung und Bekämpfung von Kriegsseuchen

Kurze Darstellung auf Grund von Vorträgen nebst einem Seuchenmerkblatt

von **Prof. Dr. P. Schmidt**

Direktor des hygienischen Instituts der Universität Gießen

10 Seiten. 1914. M. —.25.

VERLAG VON LEOPOLD VOSS, LEIPZIG UND HAMBURG

Augenverletzungen im japanischen Heere während des letzten Krieges

Von

Dr. Ch. Oguchi

Oberstabsarzt in Tokio

(Beiträge zur Augenheilkunde, Heft 83)

229 Seiten mit 10 Doppeltafeln. 1913. M. 11.50

Monatshefte für Augenheilkunde: In einer sehr ausführlichen und mühevollen Arbeit gibt O. einen Überblick über nicht weniger als 3093 Fälle von Augenverletzungen, die während des letzten Krieges in Lazarettbehandlung kamen. Die Einleitung enthält eine Statistik über Augenverletzungen der letzten Kriege, die an Zahl sowohl wie an Prozentsatz durch die Augenverletzungen des russisch-japanischen Krieges bei weitem übertroffen werden. Im ersten allgemeinen Teile bringt O. eine Einteilung nach der Art der Verletzungen (Geschoßwunden, indirekte Schüsse, Stich- und Explosionsverletzungen). Weitaus die meisten Verletzungen waren durch Gewehrgeschosse verursacht, auch hier wieder in einem erheblich größeren Prozentsatz als beispielsweise im deutsch-französischen Kriege. In einem zweiten speziellen Teile bespricht O. in systematischer Weise die Art der Verletzungen der einzelnen Teile des Auges. Der dritte Teil bringt die pathologisch-anatomische Untersuchung von 45 Fällen mit Verletzungen aller Art. Illustriert wird dieser Teil durch eine größere Anzahl von Tafeln.

Digitized by Google

PEBECO

ZAHNPASTA

hergestellt nach Angaben von Prof. Dr. UNNA

hat sich seit mehr als 20 Jahren als eines der wirksamsten und zuverlässigsten Mittel zur Pflege des Mundes und der Zähne bewährt, weil sie bei regelmäßigem Gebrauch den Ansatz von Zahnstein verhindert, die Schleimhäute und das Zahnfleisch erfrischt und belebt und dadurch die Widerstandsfähigkeit der Zähne erhöht. Ihre Wirksamkeit beruht auf ihrem hohen Gehalt an Kaliumchlorat, für das sie eine der angenehmsten und zuverlässigsten Anwendungsformen darstellt, die jeden Mißbrauch und jede unbeabsichtigte Wirkung ausschließt. Bei der Behandlung der Stomatitis mercurialis, Pyorrhoea alveolaris, des Foetor ex ore und bei vielen anderen Mundkrankheiten wird sie seit jeher geradezu mit glänzendem Erfolg angewendet.

Große Tuben 1 Mark, kleine Tuben 60 Pf.

Literatur und Proben kostenfrei.

In Österreich-Ungarn darf unsere Zahnpasta mit Kaliumchlorat nur unter der wissenschaftlichen Bezeichnung *„Beiersdorfs Kalichloricum-Zahnpasta“* abgegeben werden.

P. BEIERSDORF & Co.

CHEMISCHE FABRIK * HAMBURG 30.

Digitized by Google

Oleum Santali compositum Krewel

Blenotin

Indikation: Gonorrhoea acuta, Gonorrhoea subacuta, Gonorrhoea chronica, Gonorrhoea infantum, Cystitis non tuberculosa, Urethritis.

a) **Blenotin braun,** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0.2 g, Myrrha elect. pulv. 0,025 g, Camph. trit. 0,01 g, Hexamethylentetramin 0.071 g, Acidum boric. 0,066 g, Champignonextrakt 0,02 g.

b) **Blenotin grün** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0,2 g, Acidum benzoicum e gi 0,1 g, Myrrha elect. pulv. 0,02 g, Hexamethylentetramin 0,08 g, Champignonextrakt 0,02 g.

Blenotin grün, für magenempfindliche Patienten bestimmt, wird nur auf ausdrückliches Verlangen abgegeben.

In Schachteln à 50 Kapseln M. 3.—.

Literatur und Proben den Herren Ärzten zu Diensten.

Mitinum mercuriale

Mitinquecksilber

33 1/3 % Hg enthaltend, in Röhren à 30 g mit graduiertem Stempel. **Vorzügliches, nachweislich ausgezeichnete** Resultate lieferndes Präparat zur **Schmierkur.** Das Präparat ist in **kürzester** Frist verreibbar, dringt **ungemein leicht** in die Haut ein und färbt nur wenig ab.

Literatur und Proben für Ärzte gratis und franko.

Krewel & Co., G. m. b. H., Chem. Fabrik
Köln am Rhein

Vertreter für Berlin u. Umgegend: A. Rosenberger, Arkona-Apotheke, Berlin N. 28, Arkonaplatz 5, Telephon Amt Norden Nr. 8711.
Vertreter für Hamburg u. Umgegend: Apotheke E. Niemitz, Georgsplatz, gegenüber Hauptbahnhof in Hamburg.

Digitized by Google

Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut.

Von P. G. UNNA.

9 Hefte. IV, 293 S. mit 55 Tafeln. 1897—1910. Komplett M. 51.75.

Heft I. INHALT: 1. Impetigo staphylogenes. 2. Folliculitis staphylogenes. 3. Impetigo, Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes. 4. Furunkel der Erwachsenen und Abszesse der Neugeborenen. 5. Furunkel des Erwachsenen. 6. Furunkel. 16 S. mit 6 Tafeln. 1897. M. 4.—.

Heft II. INHALT: 7. Chronisches Ekzem. 8. Abheilung des Ekzembläschens. 9. Seborrhoisches Ekzem des Kopfes. 10. Seborrhoisches Ekzem des Körpers. 11. Sternalekzem. Akutes Ekzembläschen (Impfbläschen). 20 S. mit 5 Tafeln. 1898. M. 3.50.

Heft III. INHALT: 12. Impetigo vulgaris. 13. Impetigo vulgaris. 14. Impetigo circinata. Impetigo streptogenes. 15. Impetigo multilocularis. 16. Phlyctaenosis streptogenes. 17. Pustulosis staphylogenes. 18. Pustulosis staphylogenes. 28 S. mit 7 Tafeln. 1899. M. 5.—.

Heft IV. INHALT: 19. Erythema multiforme vesiculosum. Zoster. 20. Zoster. 21. Zoster. Herpes genitalis. 22. Herpes genitalis. Herpes facialis. 23. Varizellen. 24. Varizellen. Variola. 25. Variola. 38 S. mit 7 Tafeln. 1900. M. 6.—.

Heft V. INHALT: 26. Kindlicher weicher Naevus. Einfache Metaplasie der Stachelzellen. 27. Einfache, unkomplizierte Metaplasie. 28. u. 29. Gelbe Schwellung. 30. Halbflüssige und homogene Schwellung. Haarnaevi. Naevus der Erwachsenen. 31. Naevi der Erwachsenen. 28 S. mit 6 Tafeln. 1901. M. 6.—.

Heft VI/VII. INHALT: 32. Gute und schlechte Darstellungen des Granoplasmas. 33. Entstehung der Plasmazellen. Plasmatochterzellen. Die Plasmazellen des Granulationsgewebes. 34. Das Plasmom des Rhinophyms. Die atrophischen Plasmazellen. 35. Das Plasmom des Ulcus molle. Der Streptobacillus ulceris mollis (Unna). 36. Das Plasmom des Rhinoskleroms. Die hyaline Degeneration der Plasmazellen. Die Schaumzellen. Die Bazillen des Rhinoskleroms. 37. Hyalin des Rhinoskleroms in kristalloiden Formen. Das Plasmom der Mykosis fungoides. Die Granolyse. 38. und 39. Künstlicher Transport von Zellsubstanzen durch Behandlung des frischen oder in Alkohol gehärteten Gewebes mit Kochsalzlösungen. 62 S. mit 8 Tafeln. 1903. M. 9.—.

Heft VIII. INHALT: 40 Lupus faciei. Übersicht der verschiedenen Zellformen. 41. Homogene Schwellung der Zellen in den Lupuszentren. Mitosen in homogen geschwollenen Spindelzellen. Übersichtsbild eines Lupus circumscriptus. 42. Entstehung der großen Plasmazellen aus Spindelzellen. Lupus diffusus faciei. Plasmazellenwucherung der Kapillarendothelien. 43. Abfuhr der Plasmazellen ins Blut. Multizelluläre Entstehung der Riesenzellen. Amitose in Riesenzellen. 44. Verschluß der Blutkapillaren in den homogenisierten Herden. Saure Kerne in Plasmazellen. Elastinschwund im Bereich der Plasmazellenwucherung. Elastinkonservierung in Riesenzellen. 45. Diffuser Lupus mit atypischer Akanthose und komplizierendem Ekzem. Hyaline Degeneration der Plasmazellen. Kristalloides Hyalin in einer Plasmazelle. Diffuser Lupus mit homogener Schwellung der Stachelzellen und Zerfall der Epithelleisten durch Überschwemmung mit Leukozyten. Koagulationsnekrose der Stachelzellen beim Rückzug atrophierender Epithelleisten. 46. Wirkung des Tuberkulins auf lupöses Gewebe. Ein Fall von hämatogenem Lupus. 64 S. mit 7 Tafeln. 1906. M. 8.25.

Heft IX (Schluß). INHALT: 47. Übersichtsbilder des Leproms. 48. Die Lepraorganismen. 49. Bilder aus dem leprösem Gewebe. 50. Entwicklung des Neuroleprids. 51. Die einfache Massenzunahme der Bazillen. Der bazilläre Lymphspalteninfarkt der Haut. 52. Riesenglobi und Riesenzellen. 53. Die tinktorielle Veränderung beim Absterben der Bazillen. 54. Das Absterben der Bazillen durch Verschleimung. Globuli und sogenannte Leprazellen. 55. Besondere Fälle. 37 S. mit 9 Tafeln. 1910. M. 10.—.

Digitized by Google

DIALON

der seit Jahrzehnten bewährte, ärztlich glänzend begutachtete antiseptische Puder, an dessen Gebrauch zahlreiche Offiziere und Mannschaften von Friedenszeiten her gewöhnt sind, wird allen im Felde Stehenden eine

überaus willkommene Liebesgabe

sein. Es gibt nichts Besseres, um Wundlaufen, Wundsein jeder Art und die nachteiligen Folgen der Transpiration zu beseitigen. In den Apotheken.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

Der chirurgische Operationskursus

Ein Handbuch für Studierende und Ärzte

von

Prof. Dr. Viktor Schmieden

o. Professor der Chirurgie an der Universität Halle

Mit einem Vorwort von Geheimrat Professor Dr. **A. Bier**

Dritte, erweiterte und verbesserte Auflage

XVI, 420 Seiten mit 467 meist farbigen Abbildungen im Text. 1914.
Gebunden in Leinwand M. 16.—.

Der chirurgische Operationskursus, dessen erste Auflage 1910 erschien, hat sich glänzend eingeführt. Da der Verfasser inzwischen zum Ordinarius nach Halle berufen worden ist, hat er die Neubearbeitung nicht rasch liefern können und das Buch hat daher leider eine Zeitlang auf dem Markte gefehlt. Die neue dritte Auflage ist wiederum erweitert und verbessert worden. 32 Abbildungen sind neu hinzugekommen. Das Buch dürfte also auch in Zukunft ein Wegweiser für die Operationsübungen des Anfängers und ein Nachschlagebuch für den praktischen Operateur sein.
Prospekte auf Verlangen kostenlos!

VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG UND HAMBURG

Über Säureretention als Krankheitsursache

Zugleich ein Beitrag zum Chemismus des Schlafes

von **Dr. Ludwig Hirschstein,** Arzt für Stoffwechselerkrankungen in Hamburg.

VI, 90 Seiten mit 1 Tafel. 1912. M. 3.—.

Der Verfasser hat in einer früheren Arbeit seine Versuche zum Chemismus des Schlafes dargestellt und hat hier das Thema weitergebildet. Es ergab sich, daß nicht nur die Phosphorsäure, sondern auch Säuren der Stickstoffgruppe in außerordentlich hohem Maße vom Körper retiniert werden können und daß sie zu einer verhängnisvollen Änderung der ganzen Konstitution und zu einer Funktionslähmung der wichtigsten Exkretionsorgane führen können. Das Buch ist daher für alle, die sich mit der Stoffwechselforschung beschäftigen, physiolog. Chemiker, wie Pathologen, von Bedeutung.

Digitized by Google

BEIERSDORFS
GUTTAPLASTE
(Guttapercha-Pflastermulle nach Prof. Dr. Unna)

gelten nach dem heutigen Stand der Wissenschaft als die vollkommensten medikamentösen Pflaster:

1. sie sind auf eine für den Hautdunst undurchlässige Schicht von Guttapercha gestrichen und enthalten die Arzneimittel in feinster gleichmäßiger Verteilung in einer neutralen Kautschuk-Klebemasse; sie entfalten deswegen eine starke und nachhaltige Wirkung auch auf tiefere Schichten der Haut;
2. sie kleben ohne angewärmt oder angefeuchtet zu werden, schmiegen sich leicht der Haut an und sind in der Anwendung wirksamer, sauberer und billiger als Salben;
3. sie behalten, mit wenigen Ausnahmen, bei sachgemäßer Aufbewahrung in einem kühlen, trockenen Raum und vor Licht geschützt ihre Wirksamkeit und Klebkraft jahrelang.

Das Anwendungsgebiet der einzelnen Guttaplaste ergibt sich aus der Art der darin enthaltenen Arzneistoffe. Am meisten gebraucht werden Guttaplaste mit **Salicylsäure,** mit **Quecksilber,** mit **Karbolsäure und Quecksilber,** mit **Zinkoxyd;** das letzte namentlich als Heilpflaster und als Deck- oder Schutzmittel bei kleineren Verletzungen, Entzündungen u. a. m.

Muster und Literatur kostenfrei.

P. BEIERSDORF & CO., HAMBURG 30.

Digitized by Google

VERLAG VON LEOPOLD VOSS, LEIPZIG UND HAMBURG

Kriegskrüppelfürsorge

Ein Aufklärungswort zum Troste und zur Mahnung

Im Auftrage

der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge
und der Deutschen orthopädischen Gesellschaft

herausgegeben v. d. Schriftführer beider Gesellschaften

Prof. Dr. Konrad Biesalski

Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims in Berlin-Zehlendorf

1. bis 30. Tausend

44 Seiten mit 84 Abbildungen und einem Verzeichnis sämtlicher deutscher Krüppelheime und Fürsorgestellen. 1915. Einzelpreis 35 Pf.
25 Exemplare M. 7. , 100 Exemplare M. 25.

Viele Tausende unserer schwerverwundeten Brüder chauen heute mit ihren Familien angsterfüllt in die Zukunft, weil sie in der Bewegungsfreiheit ihrer Glieder dauernd behindert sind oder gar Arm und Bein verloren haben und darum sorgen, wie sie wieder Arbeit und Brot finden sollen. Ihnen allen und nicht minder denen, die über die Verwundeten ärztlich und pflegerisch zu wachen haben, ist diese Schrift gewidmet. Die ärztliche Kunst vermag heute in viel höherem Maße als 1870 schädigende Folgen der Kriegsverletzungen zu beseitigen oder doch zu mildern, und um diese großen Errungenschaften den Schwerverwundeten zugänglich zu machen, hat sich unter dem Namen „Kriegskrüppelfürsorge" in Deutschland eine ausgebreitete und wohlgeordnete Hilfsbereitschaft gebildet. Die vorliegende Schrift soll darüber aufklären, daß es kein Krüppeltum gibt, wenn der eiserne Wille vorhanden ist, es zu überwinden. Sie verdient die weiteste Verbreitung.

Die ethische und wirtschaftliche Bedeutung der Kriegskrüppelfürsorge

und ihre Organisation im Zusammenhang mit der gesamten Kriegshilfe

Vortrag, im Rahmen der Ausstellung für Verwundeten- und Krankenfürsorge im Sitzungssaale des Reichstags gehalten
am 13. Januar 1915 von

Prof. Dr. Konrad Biesalski

Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder in Berlin-Zehlendorf

23 Seiten. 1915. 25 Pf.

Die Rede schildert den geschichtlichen Verlauf der Bewegung, die bisherigen Erfahrungen, die Tätigkeit in den einzelnen Bundesstaaten und erörtert die Stellung des Staates zu der gesamten Heimatfürsorge.

Die Fürsorge für unsere heimkehrenden Krieger, insbesondere die Kriegskrüppelfürsorge

1) „Wie helfen wir unseren Kriegskrüppeln?"
2) „Praktische Vorschläge für die Inangriffnahme der Kriegskrüppelfürsorge"
3) „Wer ist der Führer in der Fürsorge für unsere heimkehrenden Krieger"

Von **Prof. Dr. Konrad Biesalski**

Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder, Berlin-Zehlendorf

32 Seiten. 1915. 30 Pf.

Digitized by Google

Gonostyli

eine neue Arzneiform zur Behandlung der Gonorrhoe,

nach Angaben von Dr. Leistikow

sind im Wasser zergehende Stäbchen, die aus einer Mischung des Grundkörpers mit den verlangten Arzneistoffen, meist Silbersalzen und Zinksalzen, bestehen. Die Gonostyli werden zum Zweck der Anwendung in die Harnröhre oder Vagina eingeführt und so lange darin belassen, bis sie vollständig zergangen sind. Sie sind wirksamer als die bekannten Gelatinestäbchen, weil die Gelatine nicht, wie vielfach behauptet wird, die Resorption begünstigt, sondern sogar hindert, und zuverlässiger, weil sie keine Metallspirale enthalten, die zu Reizungen der Schleimhaut Veranlassung geben kann. Vor den Urethralstäbchen, deren Grundmasse aus Oleum Cacao besteht, haben sie den Vorteil, daß die zugesetzten Arzneistoffe ungehindert auf die Schleimhaut einwirken können, weil sie nicht von geschmolzenem Fett tröpfchenartig umhüllt werden.

Die Gonostyli sind zu je zehn Stück in einem braunen Glaszylinder mit Metalldeckel verpackt und in zwei Größen (10 cm lang und 18 cm lang) vorrätig mit Zusätzen von

Argonin . . .	**1,0%**
Albargin . . .	**0,75%**
Argent. nitric. .	**0,2% – 2%**
Protargol . . .	**0,2% – 1,5%**
Ichthargan . .	**0,1%, 0,2% u. 0,5%**
Zinc. sulfuric. .	**0,5%**

Ein Glaszylinder mit 10 kleinen Stäbchen kostet Mark 1,25
Ein Glaszylinder mit 10 großen Stäbchen kostet Mark 1,75

Muster und Literatur kostenfrei.

P. Beiersdorf & Co.
Chemische Fabrik, Hamburg

Digitized by Google

Oleum Santali compositum Krewel

Blenotin

Indikation: Gonorrhoea acuta, Gonorrhoea subacuta, Gonorrhoea chronica, Gonorrhoea infantum, Cystitis non tuberculosa, Urethritis.

a) **Blenotin braun,** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0.2 g, Myrrha elect. pulv. 0,025 g, Camph. trit. 0,01 g, Hexamethylentetramin 0.071 g, Acidum boric. 0.066 g, Champignonextrakt 0,02 g.

b) **Blenotin grün** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0,2 g, Acidum benzoicum e gi 0.1 g, Myrrha elect. pulv. 0,02 g, Hexamethylentetramin 0,08 g, Champignonextrakt 0,02 g.

Blenotin grün, für magenempfindliche Patienten bestimmt, wird nur auf ausdrückliches Verlangen abgegeben.

In Schachteln à 50 Kapseln M. 3.—.

Literatur und Proben den Herren Ärzten zu Diensten.

Mitinum mercuriale

Mitinquecksilber

33 1/3 % Hg enthaltend, in Röhren à 30 g mit graduiertem Stempel. **Vorzügliches, nachweislich ausgezeichnete** Resultate lieferndes Präparat zur **Schmierkur.** Das Präparat ist in **kürzester** Frist verreibbar, dringt **ungemein leicht** in die Haut ein und färbt nur wenig ab.

Literatur und Proben für Ärzte gratis und franko.

Krewel & Co., G. m. b. H., Chem. Fabrik
Köln am Rhein

Vertreter für Berlin u. Umgegend: A. Rosenberger, Arkona-Apotheke, Berlin N. 28, Arkonaplatz 5, Telephon Amt Norden Nr. 8711.

Vertreter für Hamburg u. Umgegend: Apotheke E. Niemitz, Georgsplatz, gegenüber Hauptbahnhof in Hamburg.

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

Bakteriologischer Grundriß und Atlas der Geschlechtskrankheiten

Von

Dr. B. Lipschütz in Wien.

IV, 118 Seiten Text mit 33 farbigen Tafeln nebst 33 Blatt Tafelerklärungen. 1913. Kart. M. 20.—.

Therapie der Gegenwart: Die bakteriologische Diagnostik spielt im Gebiete der Geschlechtskrankheiten eine große Rolle — ich erinnere nur an die Untersuchung auf Gonokokken und Spirochäten. Da war es eine gute Idee, auf vorzüglichen Tafeln eine wahrhaft künstlerische Darstellung der mikroskopischen und kulturellen Phänomene auf diesem Gebiete zu liefern. . . . Der Atlas bringt aber mehr als der Titel besagt: denn auch das Molluscum contagiosum, das doch immerhin nur sehr bedingterweise zu den Geschlechtskrankheiten zu zählen ist, wird abgehandelt und durch Abbildungen die von Lipschütz als ätiologisch angesehenen Gebilde, deren Natur und ätiologischer Wert noch nicht sicher erwiesen ist, erläutert.

Für jeden, der sich theoretisch und praktisch mit dieser Frage beschäftigt, wird dieser ausgezeichnete Atlas ein wertvolles Anschauungsmittel sein, das ihm auch in zweifelhaften Fällen hilfreich sein dürfte. Ich kenne kein Lehrbuch, das durchgehends für diese Fragen so vorzügliche Bilder liefert, und glaube, daß gerade nach dieser Richtung der Atlas eine wertvolle Ergänzung der gangbaren Lehrbücher bilden dürfte.

Archiv für Dermatologie und Syphilis: Der Atlas enthält auf 33 Tafeln ganz vorzügliche Abbildungen aller Mikroorganismen, die für das große Gebiet der Geschlechtskrankheiten von Bedeutung sind. Die ersten Tafeln sind der Gonorrhoe gewidmet und zeigen die Gonokokken im Ausstrich, im Schnitt und aus der Kultur. Hieran schließen sich u. a. die nichtgonorrhoischen Urethritiden, die Einschlußblenorrhoe, die normale Harnröhrenflora, das Ulcus venerium, die normale Flora des Präputialsackes, die Balanitis, Syphilis, Framboesie, Molluscum contagiosum Condyloma acuminatum und das Granuloma venereum. Den Tafeln vorausgeschickt ist ein bakteriologischer Grundriß, welcher alles Wissenswerte über Bakteriologie und Pathologie der in Betracht kommenden Erkrankungen enthält. Als Anhang ist die Technik der Färbemethoden in dankenswerter Vollständigkeit angeführt.

Digitized by Google

VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG UND HAMBURG

Soeben erschienen:

PEMPHIGUS VEGETANS

Monographisch dargestellt von

Priv.-Doz. Dr. Richard Frühwald

Assistent der dermatolog. Klinik der Universität Leipzig
(Direktor: Prof. Dr. Rille)

430 Seiten. Mit zwei Tafeln. 1915. M. 20.—

(Die Arbeit bildet Band 23 der Dermatologischen Studien)

INHALTS-VERZEICHNIS

	Seite
Einleitung	5
Kasuistik	8
Eigene Fälle	137
Kritik zweifelhafter Fälle	160
Klinische Zusammenfassung:	184
Alter und Geschlecht 187; Beginn der Erkrankung 188; Primäre Lokalisation 188; Auftreten des Pemphigus vegetans auf der Haut 195; Primäreffloreszenz auf der Haut 198; Vegetationen 203; Pemphigus vegetans der Schleimhäute 218; Weiterer Verlauf des Pemphigus vegetans 228; Ausgang des Pemphigus vegetans 230; Prognose 236; Begleitende Phänomene 237; Untersuchung der Blasen 240; Harnuntersuchung 241; Blutuntersuchung 243; Pathologische Anatomie 245; Diagnose 247; Therapie 250.	
Histologie:	256
Eigene histologische Untersuchungen	276
Histologische Zusammenfassung	284
Blasen 284; Vegetationen 287; Histologische Differentialdiagnose 297; Entstehung der Wucherungen 304.	
Ätiologie:	310
A) Stellung des Pemphigus vegetans zum Pemphigus: a) Der Pemphigus vegetans gehört nicht zum Pemphigus 310; b) er ist eine Varietät des Pemphigus vulgaris 316; er hat eine eigene Stellung innerhalb der Pemphigusgruppe 327. B) Hypothesen über die Ätiologie des Pemphigus vegetans: a) nervöse 330; b) infektiöse 335; c) toxische Ätiologie 345. C) Zusammenfassende Betrachtungen über die Ätiologie 347.	
Anhang: Pyodermite végétante 358; Dermatitis herpetiformis vegetans 374; Dermatitis vegetans 387; Impetigo herpetiformis 400; Dermatitis framboesiformis 414.	
Zusammenfassung	416
Literatur	418
Tafelerklärung	429
Nachträge und Druckfehlerberichtigung	430

Digitized by Google

Eucerinum

• Unübertreffliche Salbengrundlage empfohlen von Prof. Dr. Unna u. a. m •

Eucerinum *ist besser als tierische und vegetabilische Fette,* ***weil es nicht ranzig wird.***

Eucerinum *ist besser als mineralische Fette, z. B. Unguentum Paraffini oder Vaseline,* ***weil es in wasserfreiem Zustand mehr als 100% Wasser aufnimmt.***

Eucerinum *ist besser als Lanolin und Adeps Lanae,* ***weil es geruchlos ist, angenehme Salbenkonsistenz hat und ohne Zusatz anderer Fette verschrieben werden kann.***

Eucerinum ***befördert die Resorption der ihm zugesetzten Heilstoffe durch die Haut.*** *(Vergl. Inaugural-Dissertation Rudolf Schlenker: Ueber die Resorptionsfähigkeit der tierischen Haut für Eucerin). Es hat eine äußerst niedrige Jodzahl und eignet sich deshalb für die Herstellung haltbarer Salben mit freiem Jod.*

Eucerinum ***anhydricum*** *eignet sich wegen seiner großen Aufnahmefähigkeit für Wasser besonders als Grundlage für solche Salben, denen Arzneistoffe in wässeriger Lösung beigefügt werden sollen, wie essigsaure Tonerde, Resorzin, Jodkalium, Ichthyol u. a. m.*

Eucerinum ***(cum aqua)*** *wird mit Vorteil für solche Salben und Pasten benutzt, die pulverförmige oder im Wasser unlösliche Arzneistoffe, wie Borsäure, Zinkoxyd, Teer usw. enthalten. Auch unvermischt bewährt es sich vorzüglich als Deck- und Kühlsalbe für wunde und entzündete Hautstellen, zur Pflege spröder und rissiger Hände an Stelle von Glycerin oder Vaseline und anderen Fetten.*

Preise nach der Ergänzungstaxe zur Deutschen Arzneitaxe 1914:

Eucerinum (c. aq.) ***10 g = 10 Pf.; 100 g = 70 Pf.***
Eucerinum anhydr. ***10 g = 15 Pf.; 100 g = M. 1.15***

Literatur, Preislisten und Muster kostenfrei

P. Beiersdorf & Co.
Hamburg.

Digitized by Google

Arsen-Eisenquellen
Naturfüllung

LEVICO

Dauernde Erfolge
durch **Haustrinkkuren**
bei **Bleichsucht, Blutarmut, Nerven-, Frauen-, Hautleiden** usw.
Stark-, Schwachwasser-Dosierung nach Vorschrift des Arztes.

Bad Levico 500 Meter ü. M. Alpine Filiale **Vetriolo** 1500 Meter ü. M.
Kurzeit April bis Oktober

Kurhäuser, Hotels, Privathäuser mit allen modernen Einrichtungen.

Trinkschemata und Probemengen den Herren Ärzten durch die Mineralwassergroßhandlungen oder die Direktion der

Levico-Vetriolo Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Levico (Süd-Tirol).

Gelodurat „Pohl"

Dünndarmkapseln nach Dr. Rumpel.

Gelokal-Kapseln

enthalten eine Kombination von Hydrarg. bijodat. und Kal. jodat. Wirksames, internes Antilueticum ohne unangenehme Nebenwirkungen.

Original-Schachteln: Gelokal 0,2 und 0,5.

Proben und Literatur durch

G. Pohl, Schönbaum-Danzig.

Digitized by Google

VERLAG VON LEOPOLD VOSS, LEIPZIG UND HAMBURG

Soeben erschienen:

Kriegskrüppelfürsorge

Ein Aufklärungswort zum Troste und zur Mahnung

Im Auftrage
der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge
und der Deutschen orthopädischen Gesellschaft
herausgegeben v. d. Schriftführer beider Gesellschaften

Prof. Dr. Konrad Biesalski

Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims in Berlin-Zehlendorf

1. bis 30. Tausend

44 Seiten mit 84 Abbildungen und einem Verzeichnis sämtlicher deutscher Krüppelheime und Fürsorgestellen. 1915. Einzelpreis 35 Pf.
25 Exemplare M. 7.—, 100 Exemplare M. 25.—

Viele Tausende unserer schwerverwundeten Brüder schauen heute mit ihren Familien angsterfüllt in die Zukunft, weil sie in der Bewegungsfreiheit ihrer Glieder dauernd behindert sind oder gar Arm und Bein verloren haben und darum sorgen, wie sie wieder Arbeit und Brot finden sollen. Ihnen allen und nicht minder denen, die über die Verwundeten ärztlich und pflegerisch zu wachen haben, ist diese Schrift gewidmet. Die ärztliche Kunst vermag heute in viel höherem Maße als 1870 schädigende Folgen der Kriegsverletzungen zu beseitigen oder doch zu mildern, und um diese großen Errungenschaften den Schwerverwundeten zugänglich zu machen, hat sich unter dem Namen „Kriegskrüppelfürsorge" in Deutschland eine ausgebreitete und wohlgeordnete Hilfsbereitschaft gebildet. Die vorliegende Schrift soll darüber aufklären, daß es kein Krüppeltum gibt, wenn der eiserne Wille vorhanden ist, es zu überwinden. Sie verdient die weiteste Verbreitung.

Die ethische und wirtschaftliche Bedeutung der Kriegskrüppelfürsorge

und ihre Organisation im Zusammenhang mit der gesamten Kriegshilfe

Vortrag, im Rahmen der Ausstellung für Verwundeten- und Krankenfürsorge im Sitzungssaale des Reichstags gehalten
am 13. Januar 1915 von

Prof. Dr. Konrad Biesalski

Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder in Berlin-Zehlendorf

23 Seiten. 1915. 25 Pf.

Die Rede schildert den geschichtlichen Verlauf der Bewegung, die bisherigen Erfahrungen, die Tätigkeit in den einzelnen Bundesstaaten und erörtert die Stellung des Staates zu der gesamten Heimatfürsorge.

Die Fürsorge für unsere heimkehrenden Krieger, insbesondere die Kriegskrüppelfürsorge

1) „Wie helfen wir unseren Kriegskrüppeln?"
2) „Praktische Vorschläge für die Inangriffnahme der Kriegskrüppelfürsorge"
3) „Wer ist der Führer in der Fürsorge für unsere heimkehrenden Krieger"

Von **Prof. Dr. Konrad Biesalski**

Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder, Berlin-Zehlendorf

32 Seiten. 1915. 30 Pf.

Die obigen drei Aufsätze sind bereits in der Zeitschrift für Krüppelfürsorge, Bd. 7, Heft 4 und Bd. 8, Heft 1, erschienen. Um sie dem großen Publikum zugänglich zu machen, sind sie in einer Broschüre zusammengefaßt worden. Der aktuelle Inhalt interessiert alle Kreise des deutschen Volkes.

Digitized by Google

Syphilis Therapie mit Salvarsan und Neosalvarsan 268.
— · — — kombinierten Salvarsanquecksilberkuren 273.
Trichophytie und Immunität 279.
Tuberculosis verrucosa cutis und Blastomykose, Ähnlichkeit des klinischen Bildes 271.
Tuberkulose in ihren Beziehungen zur Psoriasis 276.
Ulcus molle, behandelt mit Salvarsan 264.
Urethroskopie bei chronischer Blennorrhoe 272.
Yohimbin-„Spiegel", Wirkung auf die Nieren 264.
Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea 266.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

Aronstam 270.
Barnett 274.
Bloom 272.
du Bois 267.
Borchard 276.
Busson 278.
Cattle 277.
Christeller 264.
Davis 270.
Dufourt 278.
Freund 280.
de Galatz 266.
Gaté 277.
Heidingsfeld 268.
Herzheimer 276.
Hoffmann 264.
Irvine 271.
Jones 275.
Juliet 268.
Kienböck 280.
Kirschbaum 278.
Köster 276.
Kreibich 266.
Lensmann 280.
Malinowski 279.
Marini 264.
Martin 274.
Mason 272.
Massia 277.
Ménard 279.
Moutot 267.
McMurtry 272.
Nicolas 267. 277.
Oppenheim 280.
Pautrier 266.
Pecori 279.
Pillon 277.
Pirkner 271.
Polland 264.
v. Prowazek 280.
Reenstierna 265.
Riehl 280.
Roger 279.
Roß 271.
Sartory 279.
Schalek 278.
Scholtz 273.
**Schumacher 257.*
Seay 273.
Sibley 269.
Simons 275.
Šrámek 277.
Staniek 278.
Starkey 271.
Stein 265, 275.
Steiner 272.
Strachstein 273.
Tyler 273.
Vörner 265.
Walsh 277.
Warnecke 276.
Weill 278.
Whitby 277.
Wise 277.

VERLAG VON LEOPOLD VOSS, LEIPZIG UND HAMBURG

Augenverletzungen im japanischen Heere während des letzten Krieges

Von

Dr. Ch. Oguchi

Oberstabsarzt in Tokio

(Beiträge zur Augenheilkunde, Heft 83)

229 Seiten mit 10 Doppeltafeln. 1913. M. 11.50

Monatshefte für Augenheilkunde: In einer sehr ausführlichen und mühevollen Arbeit gibt O. einen Überblick über nicht weniger als 3093 Fälle von Augenverletzungen, die während des letzten Krieges in Lazarettbehandlung kamen. Die Einleitung enthält eine Statistik über Augenverletzungen der letzten Kriege, die an Zahl sowohl wie an Prozentsatz durch die Augenverletzungen des russisch-japanischen Krieges bei weitem übertroffen werden. Im ersten allgemeinen Teile bringt O. eine Einteilung nach der Art der Verletzungen (Geschoßwunden, indirekte Schüsse, Stich- und Explosionsverletzungen). Weitaus die meisten Verletzungen waren durch Gewehrgeschosse verursacht, auch hier wieder in einem erheblich größeren Prozentsatz als beispielsweise im deutsch-französischen Kriege. In einem zweiten speziellen Teile bespricht O. in systematischer Weise die Art der Verletzungen der einzelnen Teile des Auges. Der dritte Teil bringt die pathologisch-anatomische Untersuchung von 45 Fällen mit Verletzungen aller Art. Illustriert wird dieser Teil durch eine größere Anzahl von Tafeln.

Digitized by Google

VERLAG VON LEOPOLD VOSS, LEIPZIG UND HAMBURG

Soeben erschienen:

Kriegskrüppelfürsorge

Ein Aufklärungswort zum Troste und zur Mahnung

Im Auftrage
der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge
und der Deutschen orthopädischen Gesellschaft
herausgegeben v. d. Schriftführer beider Gesellschaften

Prof. Dr. Konrad Biesalski
Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims in Berlin-Zehlendorf

1. bis 30. Tausend

44 Seiten mit 84 Abbildungen und einem Verzeichnis sämtlicher deutscher Krüppelheime und Fürsorgestellen. 1915. Einzelpreis 35 Pf.
25 Exemplare M. 7.—, 100 Exemplare M. 25.—

Viele Tausende unserer schwerverwundeten Brüder schauen heute mit ihren Familien angsterfüllt in die Zukunft, weil sie in der Bewegungsfreiheit ihrer Glieder dauernd behindert sind oder gar Arm und Bein verloren haben und darum sorgen, wie sie wieder Arbeit und Brot finden sollen. Ihnen allen und nicht minder denen, die über die Verwundeten ärztlich und pflegerisch zu wachen haben, ist diese Schrift gewidmet. Die ärztliche Kunst vermag heute in viel höherem Maße als 1870 schädigende Folgen der Kriegsverletzungen zu beseitigen oder doch zu mildern, und um diese großen Errungenschaften den Schwerverwundeten zugänglich zu machen, hat sich unter dem Namen „Kriegskrüppelfürsorge" in Deutschland eine ausgebreitete und wohlgeordnete Hilfsbereitschaft gebilde. Die vorliegende Schrift soll darüber aufklären, daß es kein Krüppeltum gibt, wenn der eiserne Wille vorhanden ist, es zu überwinden. Sie verdient die weiteste Verbreitung.

Die ethische und wirtschaftliche Bedeutung der Kriegskrüppelfürsorge

und ihre Organisation im Zusammenhang mit der gesamten Kriegshilfe

Vortrag, im Rahmen der Ausstellung für Verwundeten- und Krankenfürsorge im Sitzungssaale des Reichstags gehalten
am 13. Januar 1915 von

Prof. Dr. Konrad Biesalski
Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder in Berlin-Zehlendorf

23 Seiten. 1915. 25 Pf.

Die Rede schildert den geschichtlichen Verlauf der Bewegung, die bisherigen Erfahrungen, die Tätigkeit in den einzelnen Bundesstaaten und erörtert die Stellung des Staates zu der gesamten Heimatfürsorge.

Die Fürsorge für unsere heimkehrenden Krieger, insbesondere die Kriegskrüppelfürsorge

1) „Wie helfen wir unseren Kriegskrüppeln?"
2) „Praktische Vorschläge für die Inangriffnahme der Kriegskrüppelfürsorge"
3) „Wer ist der Führer in der Fürsorge für unsere heimkehrenden Krieger"

Von **Prof. Dr. Konrad Biesalski**
Direktor und leitender Arzt des Oscar-Helene-Heims für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder, Berlin-Zehlendorf

32 Seiten. 1915. 30 Pf.

Die obigen drei Aufsätze sind bereits in der Zeitschrift für Krüppelfürsorge, Bd. 7, Heft 4 und Bd. 8, Heft 1, erschienen. Um sie dem großen Publikum zugänglich zu machen, sind sie in einer Broschüre zusammengefaßt worden. Der aktuelle Inhalt interessiert alle Kreise des deutschen Volkes.

Digitized by Google

Syphilis Therapie mit Salvarsan und Neosalvarsan 268.
— - — — kombinierten Salvarsanquecksilberkuren 273.
Trichophytie und Immunität 279.
Tuberculosis verrucosa cutis und Blastomykose, Ähnlichkeit des klinischen Bildes 271.
Tuberkulose in ihren Beziehungen zur Psoriasis 276.
Ulcus molle, behandelt mit Salvarsan 264.
Urethroskopie bei chronischer Blennorrhoe 272.
Yohimbin-„Spiegel", Wirkung auf die Nieren 264.
Zellteilung in kultivierter Haut und Kornea 266.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

Aronstam 270.
Barnett 274.
Bloom 272.
du Bois 267.
Borchard 276.
Busson 278.
Cattle 277.
Christeller 264.
Davis 270.
Dufourt 278.
Freund 280.
de Galatz 266.
Gaté 277.
Heidingsfeld 268.
Herzheimer 276.
Hoffmann 264.
Irvine 271.
Jones 275.
Juliei 268.
Kienböck 280.
Kirschbaum 278.
Köster 276.
Kreibich 266.
Lensmann 280.
Malinowski 279.
Marini 264.
Martin 274.
Mason 272.
Massia 277.
Ménard 279.
Moutot 267.
McMurtry 272.
Nicolas 267. 277.
Oppenheim 280.
Pautrier 266.
Pecori 279.
Pillon 277.
Pirkner 271.
Polland 264.
v. Prowasek 280.
Reenstierna 265.
Riehl 280.
Roger 279.
Roß 271.
Sartory 279.
Schalek 278.
Scholtz 273.
**Schumacher 267.*
Seay 273.
Sibley 269.
Simons 275.
Šrámek 277.
Staniek 278.
Starkey 271.
Stein 265. 275.
Steiner 272.
Strachstein 273.
Tyler 273.
Vörner 265.
Walsh 277.
Warnecke 276.
Weill 278.
Whitby 277.
Wise 277.

VERLAG VON LEOPOLD VOSS, LEIPZIG UND HAMBURG

Augenverletzungen im japanischen Heere während des letzten Krieges

Von

Dr. Ch. Oguchi

Oberstabsarzt in Tokio

(Beiträge zur Augenheilkunde, Heft 83)

229 Seiten mit 10 Doppeltafeln. 1913. M. 11.50

Monatshefte für Augenheilkunde: In einer sehr ausführlichen und mühevollen Arbeit gibt O. einen Überblick über nicht weniger als 3093 Fälle von Augenverletzungen, die während des letzten Krieges in Lazarettbehandlung kamen. Die Einleitung enthält eine Statistik über Augenverletzungen der letzten Kriege, die an Zahl sowohl wie an Prozentsatz durch die Augenverletzungen des russisch-japanischen Krieges bei weitem übertroffen werden. Im ersten allgemeinen Teile bringt O. eine Einteilung nach der Art der Verletzungen (Geschoßwunden, indirekte Schüsse, Stich- und Explosionsverletzungen). Weitaus die meisten Verletzungen waren durch Gewehrgeschosse verursacht, auch hier wieder in einem erheblich größeren Prozentsatz als beispielsweise im deutsch-französischen Kriege. In einem zweiten speziellen Teile bespricht O. in systematischer Weise die Art der Verletzungen der einzelnen Teile des Auges. Der dritte Teil bringt die pathologisch-anatomische Untersuchung von 45 Fällen mit Verletzungen aller Art. Illustriert wird dieser Teil durch eine größere Anzahl von Tafeln.

Digitized by Google

Gonostyli

eine neue Arzneiform zur Behandlung der Gonorrhoe,

nach Angaben von Dr. Leistikow

sind im Wasser zergehende Stäbchen, die aus einer Mischung des Grundkörpers mit den verlangten Arzneistoffen, meist Silbersalzen und Zinksalzen, bestehen. Die Gonostyli werden zum Zweck der Anwendung in die Harnröhre oder Vagina eingeführt und so lange darin belassen, bis sie vollständig zergangen sind. Sie sind wirksamer als die bekannten Gelatinestäbchen, weil die Gelatine nicht, wie vielfach behauptet wird, die Resorption begünstigt, sondern sogar hindert, und zuverlässiger, weil sie keine Metallspirale enthalten, die zu Reizungen der Schleimhaut Veranlassung geben kann. Vor den Urethralstäbchen, deren Grundmasse aus Oleum Cacao besteht, haben sie den Vorteil, daß die zugesetzten Arzneistoffe ungehindert auf die Schleimhaut einwirken können, weil sie nicht von geschmolzenem Fett tröpfchenartig umhüllt werden.

Die Gonostyli sind zu je zehn Stück in einem braunen Glaszylinder mit Metalldeckel verpackt und in zwei Größen (10 cm lang und 18 cm lang) vorrätig mit Zusätzen von

Argonin . . .	**1,0%**
Albargin . . .	**0,75%**
Argent. nitric. .	**0,2% — 2%**
Protargol . . .	**0,2% — 1,5%**
Ichthargan . .	**0,1%, 0,2% u. 0,5%**
Zinc. sulfuric. .	**0,5%**

Ein Glaszylinder mit 10 kleinen Stäbchen kostet Mark 1,25
Ein Glaszylinder mit 10 großen Stäbchen kostet Mark 1,75

Muster und Literatur kostenfrei.

P. Beiersdorf & Co.
Chemische Fabrik, Hamburg

Digitized by Google

Oleum Santali compositum Krewel

Blenotin

Indikation: Gonorrhoea acuta, Gonorrhoea subacuta, Gonorrhoea chronica, Gonorrhoea infantum, Cystitis non tuberculosa, Urethritis.

a) **Blenotin braun,** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0,2 g, Myrrha elect. pulv. 0,025 g, Camph. trit. 0,01 g, Hexamethylentetramin 0,071 g, Acidum boric. 0,066 g, Champignonextrakt 0,02 g.

b) **Blenotin grün** enthält pro Kapsel: Ol. Santali ost. 0,2 g, Acidum benzoicum e gi 0,1 g, Myrrha elect. pulv. 0,02 g, Hexamethylentetramin 0,08 g, Champignonextrakt 0,02 g.

Blenotin grün, für magenempfindliche Patienten bestimmt, wird nur auf ausdrückliches Verlangen abgegeben.

In Schachteln à 50 Kapseln M. 3.—.

Literatur und Proben den Herren Ärzten zu Diensten.

Mitinum mercuriale

Mitinquecksilber

33 1/3 % Hg enthaltend, in Röhren à 30 g mit graduiertem Stempel. **Vorzügliches, nachweislich ausgezeichnete** Resultate lieferndes Präparat zur **Schmierkur.** Das Präparat ist in **kürzester** Frist verreibbar, dringt **ungemein leicht** in die Haut ein und färbt nur wenig ab.

Literatur und Proben für Ärzte gratis und franko.

Krewel & Co., G. m. b. H., Chem. Fabrik
Köln am Rhein

Vertreter für Berlin u. Umgegend: A. Rosenberger, Arkona-Apotheke, Berlin N. 28, Arkonaplatz 5, Telephon Amt Norden Nr. 8711.

Vertreter für Hamburg u. Umgegend: Apotheke E. Niemitz, Georgsplatz, gegenüber Hauptbahnhof in Hamburg.

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

Bakteriologischer Grundriß und Atlas der Geschlechtskrankheiten

Von

Dr. B. Lipschütz in Wien.

IV, 118 Seiten Text mit 33 farbigen Tafeln nebst 33 Blatt Tafelerklärungen. 1913. Kart. M. 20.—.

Therapie der Gegenwart: Die bakteriologische Diagnostik spielt im Gebiete der Geschlechtskrankheiten eine große Rolle — ich erinnere nur an die Untersuchung auf Gonokokken und Spirochäten. Da war es eine gute Idee, auf vorzüglichen Tafeln eine wahrhaft künstlerische Darstellung der mikroskopischen und kulturellen Phänomene auf diesem Gebiete zu liefern.... Der Atlas bringt aber mehr als der Titel besagt: denn auch das Molluscum contagiosum, das doch immerhin nur sehr bedingterweise zu den Geschlechtskrankheiten zu zählen ist, wird abgehandelt und durch Abbildungen die von Lipschütz als ätiologisch angesehenen Gebilde, deren Natur und ätiologischer Wert noch nicht sicher erwiesen ist, erläutert.

Für jeden, der sich theoretisch und praktisch mit dieser Frage beschäftigt, wird dieser ausgezeichnete Atlas ein wertvolles Anschauungsmittel sein, das ihm auch in zweifelhaften Fällen hilfreich sein dürfte. Ich kenne kein Lehrbuch, das durchgehends für diese Fragen so vorzügliche Bilder liefert, und glaube, daß gerade nach dieser Richtung der Atlas eine wertvolle Ergänzung der gangbaren Lehrbücher bilden dürfte.

Archiv für Dermatologie und Syphilis: Der Atlas enthält auf 33 Tafeln ganz vorzügliche Abbildungen aller Mikroorganismen, die für das große Gebiet der Geschlechtskrankheiten von Bedeutung sind. Die ersten Tafeln sind der Gonorrhoe gewidmet und zeigen die Gonokokken im Ausstrich, im Schnitt und aus der Kultur. Hieran schließen sich u. a. die nichtgonorrhoischen Urethritiden, die Einschlußblenorrhoe, die normale Harnröhrenflora, das Ulcus venerium, die normale Flora des Präputialsackes, die Balanitis, Syphilis, Framboesie, Molluscum contagiosum Condyloma acuminatum und das Granuloma venereum. Den Tafeln vorausgeschickt ist ein bakteriologischer Grundriß, welcher alles Wissenswerte über Bakteriologie und Pathologie der in Betracht kommenden Erkrankungen enthält. Als Anhang ist die Technik der Färbemethoden in dankenswerter Vollständigkeit angeführt.

Digitized by Google

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Leitsätze der Kriegschirurgie

von **Professor Dr. Wieting Pascha**
Leiter der militärärztlichen Fortbildungsanstalt Gülhane-Stambul
und Lehrer der Chirurgie

32 Seiten. 1914. Preis M. —.75

Diese „Leitsätze" bilden die Grundlage für die Vorträge des Verfassers über Kriegschirurgie und sind im Burenkriege und vor allem im Balkankriege vom Verfasser selbst gesammelt worden. Sie können als Gerippe für kriegschirurgische Vorträge dienen, namentlich können sie aber dem Feldchirurgen, der nicht kriegschirurgisch vorgebildet ist, eine Richtschnur seines Handelns bieten. Die Broschüre dürfte wegen ihres aktuellen Inhalts in den beteiligten Kreisen großes Interesse finden.

Leitsätze der funktionellen Nachbehandlung kriegschirurgischer Schäden

von **Professor Dr. Wieting Pascha**
Leiter der militärärztlichen Fortbildungsanstalt Gülhane-Stambul
und Lehrer der Chirurgie

43 Seiten. 1915. Preis M. 1.50

Die möglichst rasche, gute und vollständige Wiederherstellung der Kriegsverletzten ist eine gewaltige Aufgabe und eine hohe Verantwortung. Der Verfasser hat versucht, zu zeigen, wie mit einfachen Mitteln hier etwas erreicht werden könnte. Die Schrift wird daher auch denjenigen Ärzten nicht ungelegen kommen, die chirurgischen Spezialitäten ferner stehen. Der konsultierende Chirurg kann nicht alles machen. Die Durchbildung des Einzelnen in kriegschirurgischen Dingen muß auf alle Weise vervollkommnet werden. In erster Linie sind die Bewegungsorgane besprochen worden, da ihre Verletzungen weitaus die häufigsten sind, aber auch die anderen Organverletzungen, wie die der Augen, des Gehirns, der Lunge usw. bedürfen der funktionellen Nachbehandlung.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Englisch für Mediziner

von **John Haclesy, M. D.** und **Dr. med. R. Sigismund.**
Mit Aussprachebezeichnung von **C. Just.**
VIII, 180 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Französisch für Mediziner

von **Dr. med. E. Olivier** und **Dr. med. R. Sigismund.**
Mit einem Anhang: **Französisches Leben** von **P. v. Melingo.**
VIII, 208 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Italienisch für Mediziner

von **Gaston Le Boucher** und **Dr. med. Augusto Ricci.**
VIII, 192 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Spanisch für Mediziner

von **Gaston Le Boucher** und **Dr. med. Carlos Gieb y Bullon.**
VIII, 192 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Digitized by Google

BEIERSDORFS
GUTTAPLASTE

(Guttapercha-Pflastermulle nach Prof. Dr. Unna)

gelten nach dem heutigen Stand der Wissenschaft als die vollkommensten medikamentösen Pflaster:

1. sie sind auf eine für den Hautdunst undurchlässige Schicht von Guttapercha gestrichen und enthalten die Arzneimittel in feinster gleichmäßiger Verteilung in einer neutralen Kautschuk-Klebemasse; sie entfalten deswegen eine starke und nachhaltige Wirkung auch auf tiefere Schichten der Haut;
2. sie kleben ohne angewärmt oder angefeuchtet zu werden, schmiegen sich leicht der Haut an und sind in der Anwendung wirksamer, sauberer und billiger als Salben;
3. sie behalten, mit wenigen Ausnahmen, bei sachgemäßer Aufbewahrung in einem kühlen, trockenen Raum und vor Licht geschützt ihre Wirksamkeit und Klebkraft jahrelang.

Das Anwendungsgebiet der einzelnen Guttaplaste ergibt sich aus der Art der darin enthaltenen Arzneistoffe. Am meisten gebraucht werden Guttaplaste mit **Salicylsäure,** mit **Quecksilber,** mit **Karbolsäure und Quecksilber,** mit **Zinkoxyd;** das letzte namentlich als Heilpflaster und als Deck- oder Schutzmittel bei kleineren Verletzungen, Entzündungen u. a. m.

Muster und Literatur kostenfrei.

P. BEIERSDORF & CO., HAMBURG 30.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

früher: Monatshefte für praktische Dermatologie

Unter Mitwirkung von

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

herausgegeben von

P. G. UNNA Hamburg — P. TAENZER Bremen — J. H. RILLE Leipzig — E. DELBANCO Hamburg

60. Band

Verlag von Leopold Voss, Leipzig und Hamburg

Nr. 15 | Sonnabend, den 10. April | 1915

Pittylen-Seifen

nach dem Ausspruch eines bekannten Dermatologen

bei Akne direkt unentbehrlich.

Aber auch bei anderen Hautkrankheiten, besonders bei hartnäckigen Ekzemen, bei Seborrhoe, Pityriasis, Psoriasis, Pruritus, Lichen usw. ausgezeichnet bewährt.

Man verlange Proben und Literatur.

Lingner-Werke Aktiengesellschaft Dresden.

Digitized by Google

Wöchentlich eine Nummer. 26 Nummern bilden einen Band, dem Inhaltsübersicht, Sach- und Namenregister beigegeben werden. Preis eines Bandes M. 24.—. Postporto bei Zusendung unter Kreuzband M. 1.50 (Ausland M. 3.—) für den Band. — Man abonniert bei den Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Adresse der Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. P. G. Unna, Hamburg, Osterstr. 129, Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1 und Dr. E. Delbanco, Hamburg, Große Bleichen 27. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer in Bremen, Obernstr. 28, I.

Inhalt:

Originalabhandlungen.

Patriotischer Appell an die Herren Kollegen. Von Dr. Halle-Hannover. S. 361.
Ein Fall von Syringozystadenom. Von Gustav Stümpke. Aus dem dermatologischen Stadtkrankenhause II Hannover (dirig. Arzt: Dr. Stümpke). (Mit 1 Abbildung.) S. 362.
Rille, Sophus Engelsted †. S. 366.
de Galatz, Alfred Fournier †. S. 368.

Fachzeitschriften.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle. 1914, Heft 6. S. 369.
Actas dermo-sifiliograficas. Bd. 6, Nr. 2, Dezember 1913 bis Januar 1914. S. 371.
Revue clinique d'Urologie. Mai 1914. S. 372.

Bücherbesprechungen.

S. Jessner, Behandlung kosmetischer Hautleiden (Schönheitsfehler). S. 373.

Mitteilungen aus der Literatur.

Progressive Ernährungsstörungen:
a. Maligne. S. 373.
b. Benigne. S. 377.

Dermatologische Kleinigkeiten.

Casimir Strzyzowski, Übergang von Quecksilber in die Haarsubstanz nach Quecksilbereinführung unter die Haut bei Lueskranken. S. 384.
Henry J. Nichols, Die Syphilis als eine Frage der öffentlichen Gesundheit. S. 384.
Harry E. Alderson, Dermatologische Kasuistik. S. 384.

Verschiedenes.

Personalien. S. 384.

Sachregister.

Akromegalie-Behandlung mit Röntgenstrahlen 379.
Angioma palpebrae 382.
Bauchdeckenfibrome der Frau 382.
Cholinwirkung bei inoperablen Karzinomen 377.
Elefantiasis in Samoa 379.
Gesichtsangiom-Behandlung 382.
Gundu in Neuguinea 379.
Hautkrebs-Heilung mit Salizylsäure 376.
Karzinom und Radium 374.
Knorpelzysten der Ohrmuschel 380.
Krebs, Radium- und Röntgenbehandlung 374.
—, Röntgenbehandlung 373.
Krebsige Prozesse an benignen Hautgewächsen 377.
Kupfer, kolloidales, beim menschlichen Karzinom 376.
Leiomyome der Haut, multiple 380.
Lipoidinfiltration in den Kupfferschen Sternzellen und in den Retikulumzellen der Milz und deren Beziehungen zu den Xanthelasmen 383.
Lipomatose, multiple symmetrische 380.
Makrocheilie 379.
Meiostagminreaktion in der Dermatologie 378.
Nabeladenome 380.
Narbenbehandlung mit multiplen Inzisionen u. Thiosinamin 381.
Narbenkeloide, voluminöse 381.
Neurofibrom, plexiformes 382.
Neurofibromatose 381.
Pseudoxanthoma elasticum 383.
Rademanit bei Karzinom 375.
Radium bei Karzinom und Sarkom 375.
Radiumtherapie-Grenzen für den tiefliegenden Krebs 376.
Radium und Krebs 374. 375.
Recklinghausensche Krankheit 382.
Tumoren, durch Radium behandelte 375.
—, — — geheilte 375.
Xanthom der Haut und Sehnen 383.
—, generalisiertes, Pathogenese 382.
Zelleinschlüsse bei dem Condyloma acuminatum 379.
— bei spitzen Kondylomen 378.

Fortsetzung des Inhalts auf Seite IV.

Digitized by Google

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Leitsätze der Kriegschirurgie

von **Professor Dr. Wieting Pascha**
Leiter der militärärztlichen Fortbildungsanstalt Gülhane-Stambul
und Lehrer der Chirurgie

32 Seiten. 1914. Preis M. —.75

Diese „Leitsätze" bilden die Grundlage für die Vorträge des Verfassers über Kriegschirurgie und sind im Burenkriege und vor allem im Balkankriege vom Verfasser selbst gesammelt worden. Sie können als Gerippe für kriegschirurgische Vorträge dienen, namentlich können sie aber dem Feldchirurgen, der nicht kriegschirurgisch vorgebildet ist, eine Richtschnur seines Handelns bieten. Die Broschüre dürfte wegen ihres aktuellen Inhalts in den beteiligten Kreisen großes Interesse finden.

Leitsätze der funktionellen Nachbehandlung kriegschirurgischer Schäden

von **Professor Dr. Wieting Pascha**
Leiter der militärärztlichen Fortbildungsanstalt Gülhane-Stambul
und Lehrer der Chirurgie

43 Seiten. 1915. Preis M. 1.50

Die möglichst rasche, gute und vollständige Wiederherstellung der Kriegsverletzten ist eine gewaltige Aufgabe und eine hohe Verantwortung. Der Verfasser hat versucht, zu zeigen, wie mit einfachen Mitteln hier etwas erreicht werden könnte. Die Schrift wird daher auch denjenigen Ärzten nicht ungelegen kommen, die chirurgischen Spezialitäten ferner stehen. Der konsultierende Chirurg kann nicht alles machen. Die Durchbildung des Einzelnen in kriegschirurgischen Dingen muß auf alle Weise vervollkommnet werden. In erster Linie sind die Bewegungsorgane besprochen worden, da ihre Verletzungen weitaus die häufigsten sind, aber auch die anderen Organverletzungen, wie die der Augen, des Gehirns, der Lunge usw. bedürfen der funktionellen Nachbehandlung.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Englisch für Mediziner

von **John Haclesy, M. D.** und **Dr. med. R. Sigismund.**
Mit Aussprachebezeichnung von **C. Just.**
VIH, 180 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Französisch für Mediziner

von **Dr. med. E. Olivier** und **Dr. med. R. Sigismund.**
Mit einem Anhang: **Französisches Leben** von **P. v. Melingo.**
VIII, 208 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Italienisch für Mediziner

von **Gaston Le Boucher** und **Dr. med. Augusto Ricci.**
VIII, 192 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Spanisch für Mediziner

von **Gaston Le Boucher** und **Dr. med. Carlos Gieb y Bullon.**
VIII, 192 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Digitized by Google

Eucerinum

• Unübertreffliche Salbengrundlage empfohlen von Prof. Dr. Unna u. a. m •

Eucerinum *ist besser als tierische und vegetabilische Fette,* ***weil es nicht ranzig wird.***

Eucerinum *ist besser als mineralische Fette, z. B. Unguentum Paraffini oder Vaseline,* ***weil es in wasserfreiem Zustand mehr als 100% Wasser aufnimmt.***

Eucerinum *ist besser als Lanolin und Adeps Lanae,* ***weil es geruchlos ist, angenehme Salbenkonsistenz hat und ohne Zusatz anderer Fette verschrieben werden kann.***

Eucerinum ***befördert die Resorption der ihm zugesetzten Heilstoffe durch die Haut.*** *(Vergl. Inaugural-Dissertation Rudolf Schlenker: Ueber die Resorptionsfähigkeit der tierischen Haut für Eucerin). Es hat eine äußerst niedrige Jodzahl und eignet sich deshalb für die Herstellung haltbarer Salben mit freiem Jod.*

Eucerinum ***anhydricum*** *eignet sich wegen seiner großen Aufnahmefähigkeit für Wasser besonders als Grundlage für solche Salben, denen Arzneistoffe in wässeriger Lösung beigefügt werden sollen, wie essigsaure Tonerde, Resorzin, Jodkalium, Ichthyol u. a. m.*

Eucerinum ***(cum aqua)*** *wird mit Vorteil für solche Salben und Pasten benutzt, die pulverförmige oder im Wasser unlösliche Arzneistoffe, wie Borsäure, Zinkoxyd, Teer usw. enthalten. Auch unvermischt bewährt es sich vorzüglich als Deck- und Kühlsalbe für wunde und entzündete Hautstellen, zur Pflege spröder und rissiger Hände an Stelle von Glycerin oder Vaseline und anderen Fetten.*

Preise nach der Ergänzungstaxe zur Deutschen Arzneitaxe 1914:

Eucerinum (c. aq.) ***10 g = 10 Pf.; 100 g = 70 Pf.***
Eucerinum anhydr. ***10 g = 15 Pf.; 100 g = M. 1.15***

Literatur, Preislisten und Muster kostenfrei

P. Beiersdorf & Co.
Hamburg.

Digitized by Google

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Leitsätze der Kriegschirurgie

von **Professor Dr. Wieting Pascha**
Leiter der militärärztlichen Fortbildungsanstalt Gülhane-Stambul
und Lehrer der Chirurgie

32 Seiten. 1914. Preis M. —.75

Diese „Leitsätze" bilden die Grundlage für die Vorträge des Verfassers über Kriegschirurgie und sind im Burenkriege und vor allem im Balkankriege vom Verfasser selbst gesammelt worden. Sie können als Gerippe für kriegschirurgische Vorträge dienen, namentlich können sie aber dem Feldchirurgen, der nicht kriegschirurgisch vorgebildet ist, eine Richtschnur seines Handelns bieten. Die Broschüre dürfte wegen ihres aktuellen Inhalts in den beteiligten Kreisen großes Interesse finden.

Leitsätze der funktionellen Nachbehandlung kriegschirurgischer Schäden

von **Professor Dr. Wieting Pascha**
Leiter der militärärztlichen Fortbildungsanstalt Gülhane-Stambul
und Lehrer der Chirurgie

43 Seiten. 1915. Preis M. 1.50

Die möglichst rasche, gute und vollständige Wiederherstellung der Kriegsverletzten ist eine gewaltige Aufgabe und eine hohe Verantwortung. Der Verfasser hat versucht, zu zeigen, wie mit einfachen Mitteln hier etwas erreicht werden könnte. Die Schrift wird daher auch denjenigen Ärzten nicht ungelegen kommen, die chirurgischen Spezialitäten ferner stehen. Der konsultierende Chirurg kann nicht alles machen. Die Durchbildung des Einzelnen in kriegschirurgischen Dingen muß auf alle Weise vervollkommnet werden. In erster Linie sind die Bewegungsorgane besprochen worden, da ihre Verletzungen weitaus die häufigsten sind, aber auch die anderen Organverletzungen, wie die der Augen, des Gehirns, der Lunge usw. bedürfen der funktionellen Nachbehandlung.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Englisch für Mediziner

von **John Haclesy, M. D.** und **Dr. med. R. Sigismund.**
Mit Aussprachebezeichnung von **C. Just.**
VIII, 180 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Französisch für Mediziner

von **Dr. med. E. Olivier** und **Dr. med. R. Sigismund.**
Mit einem Anhang: **Französisches Leben** von **P. v. Melingo.**
VIII, 208 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Italienisch für Mediziner

von **Gaston Le Boucher** und **Dr. med. Augusto Ricci.**
VIII, 192 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Spanisch für Mediziner

von **Gaston Le Boucher** und **Dr. med. Carlos Gieb y Bullon.**
VIII, 192 Seiten. Preis gebunden M. 4.—.

Digitized by Google

BEIERSDORFS
GUTTAPLASTE

(Guttapercha-Pflastermulle nach Prof. Dr. Unna)

gelten nach dem heutigen Stand der Wissenschaft als die vollkommensten medikamentösen Pflaster:

1. sie sind auf eine für den Hautdunst undurchlässige Schicht von Guttapercha gestrichen und enthalten die Arzneimittel in feinster gleichmäßiger Verteilung in einer neutralen Kautschuk-Klebemasse; sie entfalten deswegen eine starke und nachhaltige Wirkung auch auf tiefere Schichten der Haut;
2. sie kleben ohne angewärmt oder angefeuchtet zu werden, schmiegen sich leicht der Haut an und sind in der Anwendung wirksamer, sauberer und billiger als Salben;
3. sie behalten, mit wenigen Ausnahmen, bei sachgemäßer Aufbewahrung in einem kühlen, trockenen Raum und vor Licht geschützt ihre Wirksamkeit und Klebkraft jahrelang.

Das Anwendungsgebiet der einzelnen Guttaplaste ergibt sich aus der Art der darin enthaltenen Arzneistoffe. Am meisten gebraucht werden Guttaplaste mit **Salicylsäure,** mit **Quecksilber,** mit **Karbolsäure und Quecksilber,** mit **Zinkoxyd;** das letzte namentlich als Heilpflaster und als Deck- oder Schutzmittel bei kleineren Verletzungen, Entzündungen u. a. m.

Muster und Literatur kostenfrei.

P. BEIERSDORF & CO., HAMBURG 30.

Digitized by Google

Jodol

Vorzüglicher Jodoformersatz
geruchlos und nicht giftig.

Hervorragendes ***Antiseptikum*** *und* ***Desodorans*** *für alle Gebiete der* ***Dermatologie, Chirurgie, Gynäkologie, Augen- und Ohrenheilkunde.***
Jodkali-Ersatz bei Syphilis.

Menthol-Jodol speziell für die Rhinolaryngologie und Zahnheilkunde.

Ausführl. Literatur durch: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.**

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Englisch
für Mediziner
von **John Haclesy, M. D.**
und **Dr. med. R. Sigismund**
Mit Aussprachebezeichnung von C. Just
VIII, 180 Seiten

Französisch
für Mediziner
von **Dr. med. E. Olivier**
und **Dr. med. R. Sigismund**
Mit einem Anhang: Französisches Leben von P. v. Melingo
VIII, 208 Seiten

Italienisch
für Mediziner
von **Gaston Le Boucher**
und **Dr. med. Augusto Ricci**
VIII, 192 Seiten

Spanisch
für Mediziner
von **Gaston Le Boucher**
und **Dr. med. Carlos Gieb y Bullón**
VIII, 192 Seiten

Preis eines jeden dieser vier Sprachführer gebunden Mark 4.—

VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG.

Der Blinde und seine Welt
Ratschläge zum Nutzen für Erblindete
von **Dr. EMILE JAVAL**
Mitglied der Pariser Akademie der Medizin.
Übersetzt von Dr. med. J. Türkheim-Hamburg.
VIII, 160 Seiten. 1904. M. 2.50, geb. M. 3.50.

Die Blindenfürsorge erstreckt sich in der Hauptsache auf die Erziehung und den Unterricht der erblindeten Kinder und auf die Unterstützung bedürftiger Blinder. In dem vorliegenden Buche werden Ratschläge für Erwachsene erteilt; wie man sie allmählich mit ihrem Schicksal vertraut macht und wie ihr Mißgeschick gelindert werden kann. Es dürfte das Buch gerade jetzt, wo durch den Krieg viele im kräftigsten Mannesalter Stehende das Augenlicht verloren haben, erneute Beachtung finden.

Digitized by Google

PEBECO

ZAHNPASTA

hergestellt nach Angaben von Prof. Dr. UNNA

hat sich seit mehr als 20 Jahren als eines der wirksamsten und zuverlässigsten Mittel zur Pflege des Mundes und der Zähne bewährt, weil sie bei regelmäßigem Gebrauch den Ansatz von Zahnstein verhindert, die Schleimhäute und das Zahnfleisch erfrischt und belebt und dadurch die Widerstandsfähigkeit der Zähne erhöht. Ihre Wirksamkeit beruht auf ihrem hohen Gehalt an Kaliumchlorat, für das sie eine der angenehmsten und zuverlässigsten Anwendungsformen darstellt, die jeden Mißbrauch und jede unbeabsichtigte Wirkung ausschließt. Bei der Behandlung der Stomatitis mercurialis, Pyorrhoea alveolaris, des Foetor ex ore und bei vielen anderen Mundkrankheiten wird sie seit jeher geradezu mit glänzendem Erfolg angewendet.

Große Tuben 1 Mark, kleine Tuben 60 Pf.

Literatur und Proben kostenfrei.

In Österreich-Ungarn darf unsere Zahnpasta mit Kaliumchlorat nur unter der wissenschaftlichen Bezeichnung *„Beiersdorfs Kalichloricum-Zahnpasta“* abgegeben werden.

P. BEIERSDORF & Co.

CHEMISCHE FABRIK * HAMBURG 30.

Digitized by Google

Pittylen

Zur diskreten Behandlung von hartnäckigen Ekzemen empfiehlt sich in erster Linie

Pittylen.

Auch gegen Akne, Seborrhoe, Pruritus, Psoriasis, Pityriasis usw. ausgezeichnet bewährt. Zu allen Arzneiformen verwendbar. Besonders einfach und zweckmäßig in der Anwendung sind die Pittylen-Seifen, rein oder mit weiteren Zusätzen, wie Schwefel, Menthol, Perubalsam usw.

Die gangbarsten Formen von Pittylen-Seifen auch in sogenannten halben Packungen für die Kassenpraxis zum Einheitspreise von 50 Pf. pro Stück.

Man verlange Rezeptformeln, Literatur und Proben.

Lingner-Werke Aktiengesellschaft
Dresden.

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

Die ostealen Veränderungen bei kongenitaler Syphilis

im intra- und extrauterinen Leben.

Berücksichtigung der Wirbelverknöcherungen.

IV, 96 Seiten mit 35 eigenhändigen Zeichnungen nach Plattenbildern und 28 Röntgenbildern im Text und auf 18 Tafeln.

Von

Dr. Béla Alexander

Privatdozent in Budapest.

1915. M. 10.—.

Die pathologischen Veränderungen der sich entwickelnden Frucht bilden ein großes Kapitel, dessen vielleicht noch größter Teil ungelesen ist. Die vorstehende Arbeit bietet alles, was die systematisch auftretenden syphilitischen Veränderungen an den Verknöcherungen des sich entwickelnden kranken Körpers zeigt — die Entwicklung der pathologischen Veränderungen und deren auftretende Modifizierung. Die Untersuchungen erstrecken sich von dem anfänglichen Auftreten der pathologischen Veränderungen im zeitigen Leben des Fötus bis weit hinaus über das Säuglingsalter, bis in den Anfang des zweiten Jahrzehnts. Der Verfasser bringt zum Teil neue Angaben und auch richtige Beurteilung bis jetzt nicht bekannter Verhältnisse, zum Teil bringt er auch die Beweise, wie sehr die Untersuchung mit Röntgenstrahlen zu beachten, wie sehr diese imstande ist, auch selbst dort noch vieles richtigzustellen, wo scheinbar schon sichere Angaben vorhanden waren.

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

AMERIKA
UND DER WELTKRIEG

Ein amerikanisches Kriegstagebuch

von

HUGO MÜNSTERBERG

306 Seiten. 1915. M. 2.40, geb. M. 3.—

INHALT:

ERSTER TEIL: Die Angreifer. — Die Deutsch-Amerikaner. — Die bedrohten Provinzen. — Die deutschfeindliche Stimmung. — Nachschrift. — Die Engländer. — Philosophen. — Die Russen. — Die deutsche Politik. — Der Kaiser. — Die Amerikaner. — Der Geist des Krieges.

ZWEITER TEIL: Der Friede. — Die sogenannten Tatsachen. — Die höchsten Werte. — Kaisers Geburtstag. — Deutsche Kultur. — England. — Die Zukunft.

Deutsch-ungarische Beziehungen

von **Karl von Cserny**

Abgeordneter des ungarischen Reichstages

Mit einem Vorworte des Königlich ungarischen Ministerpräsidenten

Grafen Stefan Tisza

32 Seiten. 1915. M. —.50

Die beste Empfehlung für das vorliegende Schriftchen dürfte wohl sein, daß es die Würdigung und ein Vorwort des ungarischen Ministerpräsidenten Tisza gefunden hat. Das Büchlein beabsichtigt, das Band von Liebe und Patriotismus, welches Deutsche und Ungarn vereinigt, enger zu knüpfen und zu einer dauernden Verbrüderung der beiden Völker mit beizutragen.

Digitized by Google

Gonostyli

eine neue Arzneiform zur Behandlung der Gonorrhoe,

nach Angaben von Dr. Leistikow

sind im Wasser zergehende Stäbchen, die aus einer Mischung des Grundkörpers mit den verlangten Arzneistoffen, meist Silbersalzen und Zinksalzen, bestehen. Die Gonostyli werden zum Zweck der Anwendung in die Harnröhre oder Vagina eingeführt und so lange darin belassen, bis sie vollständig zergangen sind. Sie sind wirksamer als die bekannten Gelatinestäbchen, weil die Gelatine nicht, wie vielfach behauptet wird, die Resorption begünstigt, sondern sogar hindert, und zuverlässiger, weil sie keine Metallspirale enthalten, die zu Reizungen der Schleimhaut Veranlassung geben kann. Vor den Urethralstäbchen, deren Grundmasse aus Oleum Cacao besteht, haben sie den Vorteil, daß die zugesetzten Arzneistoffe ungehindert auf die Schleimhaut einwirken können, weil sie nicht von geschmolzenem Fett tröpfchenartig umhüllt werden.

Die Gonostyli sind zu je zehn Stück in einem braunen Glaszylinder mit Metalldeckel verpackt und in zwei Größen (10 cm lang und 18 cm lang) vorrätig mit Zusätzen von

Argonin . . .	**1,0%**
Albargin . . .	**0,75%**
Argent. nitric. .	**0,2% – 2%**
Protargol . . .	**0,2% – 1,5%**
Ichthargan . .	**0,1%, 0,2% u. 0,5%**
Zinc. sulfuric. .	**0,5%**

Ein Glaszylinder mit 10 kleinen Stäbchen kostet Mark 1,25
Ein Glaszylinder mit 10 großen Stäbchen kostet Mark 1,75

Muster und Literatur kostenfrei.

P. Beiersdorf & Co.
Chemische Fabrik, Hamburg

Digitized by Google

Lesezeichen

Dr. med. Gerhard Hahn

Totentanz 1914/15

Aus dem Skizzenbuch eines Feldarztes

Mit 17 Abbildungen aus Holbein „Totentanz" und Schlüter „Masken"

96 Seiten. 1915. M. 1.—

Münchner Medizin. Wochenschrift: Eine schaurige Symphonie aus dem Kriege tönt in den 17 Skizzen des Kollegen Hahn. Das Büchlein hält uns in atemloser Spannung, indem wir all die Szenen miterleben, die der Verfasser geschaut und festgehalten hat. Einzig gemildert sind die Skizzen durch die hervorragend und geschmackvoll verteilten Abbildungen aus Holbeins berühmtem Totentanz, und auch Schlüters ernste Totenmasken unterhalten die tieftraurige Stimmung, die den Verfasser erfüllte, als sein ärztliches Auge und Herz das Grauen des Schlachtfeldes sah und erlebte. Eine aus der Menge der Kriegsliteratur durch Wahrheit, Tiefe und Geschmack hervorragende und uns tief berührende Arbeit ist in dem Buch enthalten.

Verlag von
Johann Ambrosius Barth
in Leipzig

Digitized by Google

Lesezeichen

Das Geschlechtsleb des Menschen

von

Dr. med. Gerhard Ha
Breslau

Mit einem Begleitwort v
Prof. Dr. A. Blaschko

Zweite, verbesserte Auflage

VIII, 124 Seiten mit 47 Text-
abbildungen u. 3 farbigen Tafeln

1914 .. .. Gebunden M. 3.—

Dermatologische Zeitschri
Unter den vielen oft genug mind
wertigen Büchern, Flugschriften u
Broschüren, die in den letzten Jah
über sexuelle Fragen erschienen si
zeichnet sich das vorliegende Werk
besonders rühmlich durch seine Kü
und knappe Form und die Klark
der Diktion aus. In 12 Kapiteln
spricht der Verfasser die wichtigs
Fragen des Geschlechtslebens. Ein
gute Illustrationen erläutern die D
stellung entsprechend. Das Büchle
von dem Verlage sehr gut ausgestat
enthält alles für den gebildeten Lai
Wissenswerte und kann den heran
wachsenden jungen Leuten beider
Geschlechtes, Abiturienten, der Lehre
schaft und gewissenhaften Eltern z
Information bestens empfohlen we
den, zumal die Sprache durchau
klar und leicht verständlich den Lei
über die mitunter nicht ganz einfache
Probleme informiert.

Verlag von
Johann Ambrosius Barth
in Leipzig

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

Der chirurgische Operationskursus

Ein Handbuch für Studierende und Ärzte

von

Prof. Dr. Viktor Schmieden

Direktor d. Kgl. chirurg. Universitätsklinik zu Halle a. S.

Mit einem Vorwort von Geheimrat Professor Dr. **A. Bier.**

Vierte, erweiterte und verbesserte Auflage

XVIII, 416 Seiten mit 467 meist farbigen Abbildungen im Text. 1915.
Gebunden in Leinwand M. 16.—.

Das jetzt zum vierten Male im alten Gewande erscheinende Lehrbuch hat sich auch unter den Verhältnissen des großen Krieges vorzüglich bewährt. Gerade den vielen Ärzten, die zurzeit rasch zu Chirurgen werden mußten, hat es in den Lazaretten des Feldes, der Etappe und der Heimat schnellen Aufschluß über die grundlegenden typischen Operationen gebracht, auf deren Kenntnis sich schnell atypische aufbauen lassen. Eine genaue Durchsicht des Ganzen, die der Verfasser diesmal im Feindeslande vornehmen mußte, hat Mängel der alten Auflage behoben, einigen Wünschen, die laut wurden, Rechnung getragen und das Buch wieder nach jeder Richtung hin dem modernsten Stande der Wissenschaft angepaßt.

Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig

Totentanz 1914/15

Aus dem Skizzenbuch eines Feldarztes

von

Dr. Gerhard Hahn

Mit 17 Abbild. aus Holbein „Totentanz" und Schlüters „Totenmasken"

96 Seiten. 1915. Kart. M. 1.—

Deutsche Rundschau: Es kann nicht schaden, sich auch einmal mit der düstersten Seite des Krieges vertraut zu machen, die das Skizzenbuch eines Feldarztes zwar einseitig und mit etwas viel Pathos, aber unter der Eingebung eines warmen, mitfühlenden Herzens zeigt. . . . Es sind einige Bilder sehr eindrücklich geraten, so der Moment bei der Offiziersbeerdigung, wo sich der Bursche des Verstorbenen unbeholfen durch die Reihe der Offiziere drängt und schluchzend, ein Bukett künstlicher Blumen an die Brust pressend, an das offene Grab stürzt. Das Bändchen ist mit 17 Abbildungen aus Holbeins Totentanz und Schlüters Totenmasken geschmückt.

Digitized by Google

BEIERSDORFS
GUTTAPLASTE

(Guttapercha-Pflastermulle nach Prof. Dr. Unna)

gelten nach dem heutigen Stand der Wissenschaft als die vollkommensten medikamentösen Pflaster:

1. sie sind auf eine für den Hautdunst undurchlässige Schicht von Guttapercha gestrichen und enthalten die Arzneimittel in feinster gleichmäßiger Verteilung in einer neutralen Kautschuk-Klebemasse; sie entfalten deswegen eine starke und nachhaltige Wirkung auch auf tiefere Schichten der Haut;
2. sie kleben ohne angewärmt oder angefeuchtet zu werden, schmiegen sich leicht der Haut an und sind in der Anwendung wirksamer, sauberer und billiger als Salben;
3. sie behalten, mit wenigen Ausnahmen, bei sachgemäßer Aufbewahrung in einem kühlen, trockenen Raum und vor Licht geschützt ihre Wirksamkeit und Klebkraft jahrelang.

Das Anwendungsgebiet der einzelnen Guttaplaste ergibt sich aus der Art der darin enthaltenen Arzneistoffe. Am meisten gebraucht werden Guttaplaste mit **Salicylsäure,** mit **Quecksilber,** mit **Karbolsäure und Quecksilber,** mit **Zinkoxyd;** das letzte namentlich als Heilpflaster und als Deck- oder Schutzmittel bei kleineren Verletzungen, Entzündungen u. a. m.

Muster und Literatur kostenfrei.

P. BEIERSDORF & CO., HAMBURG 30.

Digitized by Google

Arsen-Eisenquellen
Naturfüllung

LEVICO

Dauernde Erfolge
durch **Haustrinkkuren**

bei **Bleichsucht, Blutarmut, Nerven-, Frauen-, Hautleiden** usw.

Stark-, Schwachwasser-Dosierung nach Vorschrift des Arztes.

Bad Levico 500 Meter ü. M. Alpine Filiale **Vetriolo** 1500 Meter ü. M.
Kurzeit April bis Oktober

Kurhäuser, Hotels, Privathäuser mit allen modernen Einrichtungen.

Trinkschemata und Probemengen den Herren Ärzten durch die Mineralwassergroßhandlungen oder die Direktion der

Levico-Vetriolo Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Levico (Süd-Tirol).

SUBLAMIN

Hervorragender Ersatz für Sublimat
in Tabletten à 1 g (Röhrchen à 10 und 20) und in Pulverform.
Ausgezeichnet durch große Reizlosigkeit, Tiefenwirkung und leichte Löslichkeit.

Vorzügliches Händedesinfiziens.

Bewährt in der

Syphilistherapie

Intramuskuläre und endovenöse Sublamininjektionen rufen keine Erkrankung der Mundschleimhaut, keine Darmerscheinungen, keine Ernährungsstörungen und keine Nierenreizung hervor.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)
Berlin N, Müllerstraße Nr. 170—171.

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

AMERIKA
UND DER WELTKRIEG

Ein amerikanisches Kriegstagebuch

von

HUGO MÜNSTERBERG

306 Seiten. 1915. M. 2.40, geb. M. 3.—

Mannheimer Tageblatt: Ein in Deutschland als Austauschprofessor der amerikanischen Harvard-Universität durch seine Wirksamkeit bekannter Psychologe hat in diesem Buch durch Klarheit und Vorurteilslosigkeit ein Bild der Entstehung des Krieges geschaffen, welches den Englisch-Amerikanern direkt den Star stechen müßte und sie aus dem von England gesponnenen Lügennetz befreien, wenn sie der Wahrheit Gehör schenken wollten. Dem deutschen Leser bringt Hugo Münsterberg viel Neues und Wissenswertes zur Aufklärung über den aus Anlaß des Weltkrieges in Amerika tobenden Kampf zwischen Amerikanern und Deutsch-Amerikanern.

Straßburger Neue Zeitung: Professor Hugo Münsterberg, der hervorragende Psychologe an der amerikanischen Harvard-Universität, auch in Deutschland durch seine Wirksamkeit als Austausch-Professor wohl bekannt, hat in dem vorliegenden Buche mit Klarheit und Schärfe den Standpunkt und die Entstehung des Krieges für die Amerikaner dargelegt, deren Presse sich vorwiegend deutschfeindlich ausgesprochen hat. Sein Buch wird für jeden deutschen Leser von großem Interesse sein.

Deutsch-ungarische Beziehungen

von **Karl von Cserny**
Abgeordneter des ungarischen Reichstages

Mit einem Vorworte des Königlich ungarischen Ministerpräsidenten

Grafen Stefan Tisza

32 Seiten. 1915. M. —.50

Die beste Empfehlung für das vorliegende Schriftchen dürfte wohl sein, daß es die Würdigung und ein Vorwort des ungarischen Ministerpräsidenten Tisza gefunden hat. Das Büchlein beabsichtigt, das Band von Liebe und Patriotismus, welches Deutsche und Ungarn vereinigt, enger zu knüpfen und zu einer dauernden Verbrüderung der beiden Völker mit beizutragen.

Digitized by Google

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig

AMERIKA
UND DER WELTKRIEG

Ein amerikanisches Kriegstagebuch

von

HUGO MÜNSTERBERG

306 Seiten. 1915. M. 2.40, geb. M. 3.—

Mannheimer Tageblatt: Ein in Deutschland als Austauschprofessor der amerikanischen Harvard-Universität durch seine Wirksamkeit bekannter Psychologe hat in diesem Buch durch Klarheit und Vorurteilslosigkeit ein Bild der Entstehung des Krieges geschaffen, welches den Englisch-Amerikanern direkt den Star stechen müßte und sie aus dem von England gesponnenen Lügennetz befreien, wenn sie der Wahrheit Gehör schenken wollten. Dem deutschen Leser bringt Hugo Münsterberg viel Neues und Wissenswertes zur Aufklärung über den aus Anlaß des Weltkrieges in Amerika tobenden Kampf zwischen Amerikanern und Deutsch-Amerikanern.

Straßburger Neue Zeitung: Professor Hugo Münsterberg, der hervorragende Psychologe an der amerikanischen Harvard-Universität, auch in Deutschland durch seine Wirksamkeit als Austausch-Professor wohl bekannt, hat in dem vorliegenden Buche mit Klarheit und Schärfe den Standpunkt und die Entstehung des Krieges für die Amerikaner dargelegt, deren Presse sich vorwiegend deutschfeindlich aus gesprochen hat. Sein Buch wird für jeden deutschen Leser von großem Interesse sein.

Deutsch-ungarische Beziehungen

von **Karl von Cserny**
Abgeordneter des ungarischen Reichstages

Mit einem Vorworte des Königlich ungarischen Ministerpräsidenten

Grafen Stefan Tisza

32 Seiten. 1915. M. —.50

Die beste Empfehlung für das vorliegende Schriftchen dürfte wohl sein, daß es die Würdigung und ein Vorwort des ungarischen Ministerpräsidenten Tisza gefunden hat. Das Büchlein beabsichtigt, das Band von Liebe und Patriotismus, welches Deutsche und Ungarn vereinigt, enger zu knüpfen und zu einer dauernden Verbrüderung der beiden Völker mit beizutragen.

Digitized by Google

Eucerinum

✦ Unübertreffliche Salbengrundlage empfohlen von Prof. Dr. Unna u. a. m. ✦

Eucerinum *ist besser als tierische und vegetabilische Fette,* ***weil es nicht ranzig wird.***

Eucerinum *ist besser als mineralische Fette, z. B. Unguentum Paraffini oder Vaseline,* ***weil es in wasserfreiem Zustand mehr als 100% Wasser aufnimmt.***

Eucerinum *ist besser als Lanolin und Adeps Lanae,* ***weil es geruchlos ist, angenehme Salbenkonsistenz hat und ohne Zusatz anderer Fette verschrieben werden kann.***

Eucerinum ***befördert die Resorption der ihm zugesetzten Heilstoffe durch die Haut.*** *(Vergl. Inaugural-Dissertation Rudolf Schlenker: Ueber die Resorptionsfähigkeit der tierischen Haut für Eucerin). Es hat eine äußerst niedrige Jodzahl und eignet sich deshalb für die Herstellung haltbarer Salben mit freiem Jod.*

Eucerinum ***anhydricum*** *eignet sich wegen seiner großen Aufnahmefähigkeit für Wasser besonders als Grundlage für solche Salben, denen Arzneistoffe in wässeriger Lösung beigefügt werden sollen, wie essigsaure Tonerde, Resorzin, Jodkalium, Ichthyol u. a. m.*

Eucerinum ***(cum aqua)*** *wird mit Vorteil für solche Salben und Pasten benutzt, die pulverförmige oder im Wasser unlösliche Arzneistoffe, wie Borsäure, Zinkoxyd, Teer usw. enthalten. Auch unvermischt bewährt es sich vorzüglich als Deck- und Kühlsalbe für wunde und entzündete Hautstellen, zur Pflege spröder und rissiger Hände an Stelle von Glycerin oder Vaseline und anderen Fetten.*

Preise nach der Ergänzungstaxe zur Deutschen Arzneitaxe 1914:

Eucerinum (c. aq.) ***10 g = 10 Pf.; 100 g = 70 Pf.***
Eucerinum anhydr. ***10 g = 15 Pf.; 100 g = M. 1.15***

Literatur, Preislisten und Muster kostenfrei

P. Beiersdorf & Co.
Hamburg.

Digitized by Google

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)
Berlin N., Müllerstraße 170/171

HEGONON

Silbereiweißpräparat von prominenter Wirkung
Hervorragend bewährt bei Gonorrhoe

„Unter den einzelnen Mitteln steht **Hegonon** an erster Stelle."
(Münchener medlz. Wochenschrift 1910, Nr. 32)

Neu! Hegonontabletten à 0,25 (Originalröhrchen zu 20 Stück).

ARTHIGON

Hochgradig polyvalentes Gonokokken-Vaccin zur spezifischen Behandlung gonorrhoischer Komplikationen. Besonders wirksam bei intravenöser Injektion, die auch diagnostischen Wert besitzt.

Flaschen à 6 ccm.

Arsen-Eisenquellen
Naturfüllung

LEVICO

Dauernde Erfolge
durch **Haustrinkkuren**
bei **Bleichsucht, Blutarmut, Nerven-, Frauen-, Hautleiden** usw.
Stark-, Schwachwasser-Dosierung nach Vorschrift des Arztes.

Bad Levico 500 Meter ü. M. Alpine Filiale **Vetriolo** 1500 Meter ü. M.
Kurzeit April bis Oktober

Kurhäuser, Hotels, Privathäuser mit allen modernen Einrichtungen.

Trinkschemata und Probemengen den Herren Ärzten durch die Mineralwassergroßhandlungen oder die Direktion der

Levico-Vetriolo Heilquellen-Gesellschaft m. b. H., Levico (Süd-Tirol).

Digitized by Google

VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG

Es beginnt zu erscheinen:

Die Schädigungen der Haut
durch Beruf und gewerbliche Arbeit

unter Mitwirkung hervorragender Fachgenossen

herausgegeben von

Dr. KARL ULLMANN und **Dr. J. H. RILLE**

Privatdozent an der Universität
Dozent a. d. Exportakademie, Wien
derzeit k. k. Stabsarzt d. Landwehr

Professor an der Universität
Leipzig

Ausgegeben wurde soeben:

Band I Lieferung I

Lex.-Format. VI u. 72 Seiten mit 20 Abb. im Text, 2 farbigen Tafeln und 1 Porträt von Bernhardinus Ramazzinus. M. 5.—.

Das Werk erscheint in Einzellieferungen zu ca. 3 Druckbogen, die, mit einer farbigen Tafel ausgestattet, innerhalb des Textes zahlreiche ein- und zweifarbige Illustrationen aufweisen werden. Jede einzelne Lieferung stellt ein selbständiges Ganzes dar oder enthält auch mehrere selbständige Abhandlungen. Der Gesamtumfang des Werkes wird etwa 16 Lieferungen betragen. Die Lieferungen werden etwa M. 5.— kosten und als Beihefte der „Dermatologischen Wochenschrift" ausgegeben werden. Den Abonnenten der Wochenschrift wird ein um 20 % ermäßigter Vorzugspreis eingeräumt.

Berliner klinische Wochenschrift: Dieses erste größere Sammelwerk seiner Art, das in erschöpfender Weise die Klinik, Pathogenese und Ätiologie sowie Prophylaxe und Therapie der einschlägigen Erkrankungen besprechen soll, ist auf 16 Lieferungen berechnet, von denen jetzt die erste vorliegt. Sie enthält eine Abhandlung aus der bewährten Feder Blaschkos über die allgemeine Ätiologie und das Wesen der gewerblichen Hautaffektionen, eine interessante historische Darstellung der Gewerbedermatosen von J. Fischer und eine sehr eingehende und sorgfältige Darstellung der beruflichen Stigmata der Haut von M. Oppenheim, letztere mit zahlreichen schwarzen und farbigen, durchweg gut reproduzierten Abbildungen von Schwielen und anderen gewerblichen Hautveränderungen.

Nach der ersten Lieferung darf man wohl ein recht wertvolles Handbuch der Gewerbedermatosen erwarten, mit deren Schaffung sich die Herausgeber zweifellos ein großes und dankenswertes Verdienst erwerben.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

früher: Monatshefte für praktische Dermatologie

Unter Mitwirkung von

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

herausgegeben von

P. G. UNNA Hamburg — P. TAENZER Bremen — J. H. RILLE Leipzig — E. DELBANCO Hamburg

60. Band

Verlag von Leopold Voss, Leipzig und Hamburg

Nr. 2 | Sonnabend, den 9. Januar | 1915

Inhalt:

Originalabhandlungen.

Über einen Fall von Erythema induratum Bazin. Von Prof. Dr. P. L. Bosellini, Direktor der Klinik. Aus der dermatol.-venereologischen Klinik der Kgl. Universität Sassari. (Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. med. K. Rühl, Turin.) Mit 1 Abbildung.) S. 41.

Die Wirkung des Höllensteins. Von P. G. Unna. (Fortsetzung u. Schluß.) S. 46.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.
c. Syphilis. S. 50.

Verschiedenes.

Personalien. S. 64.

Sachregister.

Erythema induratum Bazin 41.
Höllenstein-Wirkung 46.
Lues, Intradermoreaktion durch Extrakt aus skrotalen Syphilomen von Kaninchen 58.
—, Kutireaktion und ihre Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion 57.
Luetinreaktion 58.
— nach Noguchi 59—63.
Syphilis, Konglutinationsreaktion mittels der Technik Karvonens als Ersatz für die WR 55.
—, Kutireaktion 58. 60—63.
—, Reaktion nach Landau 56.
Syphilis, Reaktion mit Pallidin 56.
— und Wassermannsche Reaktion 50.
— — Zerebrospinalflüssigkeit 63—64.
Wassermannsche und Noguchische Reaktion bei nicht floriden Syphilitikern, Vergleich 57 bis 58. 63.
— Reaktion, Absorptionsmethoden 53.
— —, und Antigene 54.
— — — Gebrauch von Cholesterinextrakten 57.
Wassermannsche Reaktion und die Rolle des Cholesterins 56.
— — — v. Dungernsche Modifikation 55.

Digitized by Google

Wassermannsche Reaktion, Erfahrungen über wirksame Körper und ihre Verwertung 54.
— —, einfache Modifikationen 53.
— —, Modifikation nach Hermann-Perutz 55.
— —, Organextrakt, brauchbarer 53.
— —, positive, und eine quantitative chemische Reaktion zur Kontrolle 52.
— —, Quellen von Irrtümern 52.
— — und Sachsscher Cholesterinalkohol- und Lesserscher Ätherextrakt 57.
Wassermannsche Reaktion, Störungen 52.
— —, Untersuchungen über eine Reaktion luetischer Sera mit einem Jodölreagens 53.
— —, Verbesserung der Genauigkeit u. Empfindlichkeit 51.
— —, Verfeinerung 50.
— —, Verschärfung 51.
— —, Versuche 52.

Autorenregister.

(* bedeutet Originalartikel.)

Alexandrescu-Dersca 59.
Baeslack 54.
Balzarek 55.
Benedek 61.
Bettencourt 52.
Birt 54.
Bitter 53.
Blumenthal 51.
Boas 55.
**Bosellini* 41.
Botteselle 60.
Bräutigam 55.
Buhman 64.
Carbono 56.
Cedercreutz 62.
McClelland 52.
Cohn 64.
Davis 64.
Desneux 60. 63.
Dubois 58.
Ellis 63.
Embleton 51.
Engman 64.
Faginoli 60. 63.
Fisichella 60. 63.
Foster 62.
Friedmann 59.
Gavini 60.
Giorgis 55.
Giroux 57.
Gorham 64.
Graetz 50.
Grön 63.
Ivy 57.
Judd 63.
Kallós 55.
Kaplan 52.
Kissmeyer 56.
Klausner 56.
Kragel 54.
Lagane 62.
Landau 53.
Leschly 55.
Louste 56.
Mathieu 57. 58.
Mattirolo 60.
Müller 57.
Nanu-Mascel 59.
Neisser 64.
Neue 54.
Nizzi 56.
Noguchi 58.
Olmstead 53.
Orkin 57.
Plöger 64.
Rabinowitsch 54.
Riehl 64.
Sänger 56.
Stein 57.
Sternberg 52.
Stone 52.
Swift 63.
Thalmann 64.
Thiele 51.
Thomas 57.
Trossarello 58.
**Unna* 46.
Varney 54.
Weil 57. 58.
Wolfsohn 60.
Zinssen 64.

Wöchentlich eine Nummer. 26 Nummern bilden einen Band, dem Inhaltsübersicht, Sach- und Namenregister beigegeben werden. Preis eines Bandes M. 24.—. Postporto bei Zusendung unter Kreuzband M. 1.50 (Ausland M. 3.–) für den Band. — Man abonniert bei den Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Adresse der Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. P. G. Unna, Hamburg, Osterstr. 129, Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig, Johannisplatz 1 und Dr. E. Delbanco, Hamburg, Große Bleichen 27. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer in Bremen, Obernstr. 28, I.

DIALON

der seit Jahrzehnten bewährte, ärztlich glänzend begutachtete antiseptische Puder, an dessen Gebrauch zahlreiche Offiziere und Mannschaften von Friedenszeiten her gewöhnt sind, wird allen im Felde Stehenden eine

überaus willkommene Liebesgabe

sein. Es gibt nichts Besseres, um Wundlaufen, Wundsein jeder Art und die nachteiligen Folgen der Transpiration zu beseitigen.

In den Apotheken.

Digitized by Google

Billings Library

Dermatologische Wochenschrift

früher: Monatshefte für praktische Dermatologie

Unter Mitwirkung von

G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, P. EHRLICH-Frankfurt a. M., S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien, E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, V. KLING-MÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRYB Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

herausgegeben von

P. G. UNNA Hamburg — P. TAENZER Bremen — J. H. RILLE Leipzig — E. DELBANCO Hamburg

61. Band

Verlag von Leopold Voss, Leipzig und Hamburg

Nr. 27 | Sonnabend, den 3. Juli | 1915

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
Leverkusen bei Cöln a. Rh.

Thyresol

Methyläther des Santalols
für die interne Therapie der Gonorrhöe bekömmlich, spaltet im Körper kein freies Santalol ab.

Verordnung:
Gelatine-Perlen à 0,3 g Nr. XX und Nr. XXX, „Originalpackung Bayer".

Helmitol

Blasenantiseptikum.
Ind.: Zystitis, Bakteriurie, Phosphaturie, Urethritis posterior, Urethralabszesse.
Vortreffliches symptomatisches Mittel z. Unterstützung der Gonorrhöebehandlung.
Dosis: 1 g 3—4 mal tägl. Helmitol-Tabl. à 0,5 g Nr. XX „Originalpackung Bayer".

Istizin

Mildes, geschmackfreies Abführmittel in Tablettenform.

Befördert die Motilität des Dickdarms.

„Originalpackung Bayer"
à 15 und 30 Stück.

Alypin

Beliebtes Lokalanästhetikum.
Vorzüglich brauchbar zur Harnröhren-Endoskopie und Blasenanästhesie sowie zu Schleichscher Infiltration (Phimosen- usw. Operationen).
Für die Kombination mit Silberpräparaten (Protargol, Arg. nitric.) verwende man
Alypin-nitric.
Dosis wie bei Kokain (cf. Spezialprospekt).

Digitized by Google

Gonostyli

eine neue Arzneiform zur Behandlung der Gonorrhoe,

nach Angaben von Dr. Leistikow

sind im Wasser zergehende Stäbchen, die aus einer Mischung des Grundkörpers mit den verlangten Arzneistoffen, meist Silbersalzen und Zinksalzen, bestehen. Die Gonostyli werden zum Zweck der Anwendung in die Harnröhre oder Vagina eingeführt und so lange darin belassen, bis sie vollständig zergangen sind. Sie sind wirksamer als die bekannten Gelatinestäbchen, weil die Gelatine nicht, wie vielfach behauptet wird, die Resorption begünstigt, sondern sogar hindert, und zuverlässiger, weil sie keine Metallspirale enthalten, die zu Reizungen der Schleimhaut Veranlassung geben kann. Vor den Urethralstäbchen, deren Grundmasse aus Oleum Cacao besteht, haben sie den Vorteil, daß die zugesetzten Arzneistoffe ungehindert auf die Schleimhaut einwirken können, weil sie nicht von geschmolzenem Fett tröpfchenartig umhüllt werden.

Die Gonostyli sind zu je zehn Stück in einem braunen Glaszylinder mit Metalldeckel verpackt und in zwei Größen (10 cm lang und 18 cm lang) vorrätig mit Zusätzen von

Argonin . . .	**1,0%**
Albargin . . .	**0,75%**
Argent. nitric. .	**0,2% – 2%**
Protargol . . .	**0,2% – 1,5%**
Ichthargan . .	**0,1%, 0,2% u. 0,5%**
Zinc. sulfuric. .	**0,5%**

Ein Glaszylinder mit 10 kleinen Stäbchen kostet Mark 1,25
Ein Glaszylinder mit 10 großen Stäbchen kostet Mark 1,75

Muster und Literatur kostenfrei.

P. Beiersdorf & Co.
Chemische Fabrik, Hamburg

Digitized by Google

Waschen unter Ausschluß von Alkali ermöglicht allein

KASEA E.W.Z.

Mielcks überfettete Albumosen-Seife

Absolut reizlos und mild. Idealseife für Ekzematiker.
Rein und mit medikamentösen Zusätzen.

Proben für die Herren Ärzte nur unter Bezug auf diese Zeitschrift kostenlos durch

W. Mielck, Hamburg 36.

Albumose bindet das bei der Hydrolyse (Waschen) frei werdende Alkali (D. R.-Patente Nr. 183187 und 193562).

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT A/M.

OPTOCHIN

hydrochloricum

(salzsaures Aethylhyrocuprein)

hat sich neuerdings als wirksames Unterstützungsmittel bei Behandlung der

Gonorrhöe

erwiesen. Anwendung in einprozentiger Lösung zu Injektionen sechsmal pro Tag.

Literatur:

Dr. Levy, Berliner klinische Wochenschrift, 1915, No. 42.

Bei Bestellung von Mustern und Literatur bitten wir die Herren Ärzte, sich auf Anzeige No. 2 zu beziehen.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG.

Das Nachtleben in deutschen Großstädten.

Videant consules!

Von **J. Flemming**, zurzeit im Felde.

16 Seiten. 1915. M. —.30

Die hohe nationale Begeisterung und die riesenhafte Kraftentfaltung, welche der gegenwärtige Krieg im deutschen Volke gezeitigt hat, hat jedes deutsche Herz mit stolzer Freude erfüllt und hat uns gezeigt, daß immer noch ein gewaltiges Maß gesunder Volkskraft in uns vorhanden ist, trotzdem in den letzten Jahrzehnten vor Ausbruch des Krieges gewisse Kräfte, namentlich das Nachtleben und die dazugehörigen Gewerbe, in unserem Volksorganismus wirksam waren, die die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Nation anfingen zu untergraben. Es ist eine heilige Pflicht für uns, unser Volk vor diesen schädlichen Kräften, vor Entartung und Entkräftung zu schützen.

Digitized by Google

Embarin

Energisch wirkendes

Antisyphilitikum.

Sofort nach Beginn der Behandlung einsetzende Rückbildung der meisten syphilitischen Erscheinungen. Einspritzungen ausgezeichnet vertragen und fast vollkommen schmerzlos.

Fläschchen (in Ampullenform) zu 6 ccm,
Schachteln mit 10 Ampullen zu 1,3 ccm.

Moronal

basisches formaldehydschwefligsaures Aluminium,

fester Ersatz für die **essigsaure Tonerde**

ohne deren erweichende Wirkung auf die Haut,
zur Herstellung **dauernd haltbarer** und **sterilisierbarer Lösungen** für **feuchte Verbände** und **Spülungen.** Infolge der Geruchlosigkeit und Reizlosigkeit der Moronallösungen erweiterte Anwendungsmöglichkeiten.

Röhrchen mit 25, Schachteln mit 100 Tabletten zu 0,5 g,
Schachteln mit 25 Tabletten zu 2,0 g.

Collargol

Völlig **reizloses,** auch bei veralteten Fällen wirksames

Antigonorrhoikum.

Vielfach empfohlen für die Behandlung von **Gonorrhoe, Cystitis, Pyelitis, Endometritis.** Gestattet auch bei **akuter Gonorrhoe** einen **frühzeitigen** Anfang der Injektionsbehandlung.

Röhrchen mit 1 g Collargol.

Ichthynat

Ammonium ichthynatum Heyden, billiges, natürliches Schwefelpräparat aus Tiroler Fischkohle von antiparasitärer, resorbierender und schmerzstillender Wirkung.

Fläschchen zu 50, 100, 250, 500 g.

Proben und Literatur kostenfrei.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Ausschließliche Inseraten-Annahme durch **Karl Lohner,** Annoncen-Bureau für Medizin
Berlin SW 11, Großbeerenstraße 92.
Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

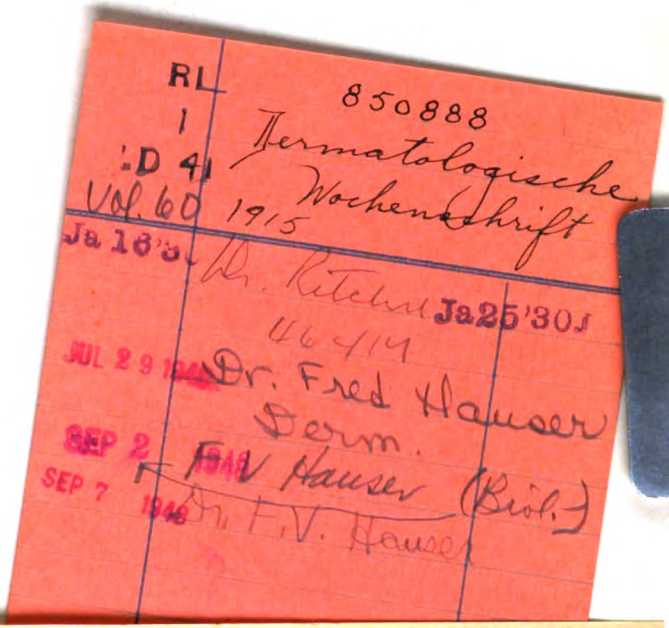
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



RL 1915 Billings Library 850888

1
.D41
v.60-61

SHELVED BY TITLE

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CHICAGO
72 931 707

Digitized by Google